

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ROBIN (GILBERT, CLAUDE, ALPHONSE)

né à Boulogne-s/-Seine le 6 Octobre 1893

CONSIDERATIONS

SUR LES

TROUBLES MENTAUX

LIÉS AUX FORMES PROLONGÉES
DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE
CHEZ L'ENFANT

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PICART, ÉDITEUR
59, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 59
PARIS

1923

ORD

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
TROUBLES MENTAUX
LIÉS AUX FORMES PROLONGÉES
DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE
CHEZ L'ENFANT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547503_0049

ANNÉE 1923

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ROBIN (GILBERT, CLAUDE, ALPHONSE)
né à Boulogne-s/-Seine le 6 Octobre 1893

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

TROUBLES MENTAUX
LIÉS AUX FORMES PROLONGÉES
DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE
CHEZ L'ENFANT

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PICART, ÉDITEUR
59, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 59
PARIS

1923

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNÉO.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		André BROCA.
Chimie organique et chimie générale		DESGREZ.
Bactériologie		BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale		N....
Pathologie chirurgicale		LECÈNE.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Histologie		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		RICHAUD.
Thérapeutique		CARNOT.
Hygiène		BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	{	ACHARD.
		WIDAL.
	{	GILBERT.
		CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{	DELBET.
		LEJARS.
	{	HARTMANN.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique		De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{	COUVELAIRE.
		BRINDEAU.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile		J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique		BROCA Auguste.
Clinique oto-rhino-laryngologique		VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale		SEBILEAU.
Clinique propédeutique		DUVAL.
		SERGENT.

AGRÈGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR.	LE LORIER.	TIFFENEAU.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LEMIERRE.	RETTIERER.
BASSET.	GARNIER.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUSSY.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LÉRI.	ROUVIERE.
BRANCA.	GUÉNIOT.	LÉVY-SOCIAL.	SCHWARTZ.
CAMUS.	GUILLAIN.	MATHIEU.	STROHL.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TERRIEN.
CHIRAY.	LABBÉ (Henri).	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
DEBRÉ.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	
DESMARET.	LARDENNOIS.	RATHERY.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A mes parents

A mes amis

A mon maître et président de thèse

M. le professeur Henri Claude, professeur des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.

En témoignage de vive admiration, d'affec-
tueuse reconnaissance et de profond atta-
chement.

A mes maîtres dans les asiles

M. le docteur F. Pactet, médecin chef de l'asile de Villejuif,

Monsieur le docteur H. Colin, médecin-chef de l'asile clinique.

Ils m'ont affectueusement initié à la psychiatrie. Ils conserveront intact mon premier attachement.

A mes maîtres dans les hôpitaux

M. le docteur Riche (Tenon) ;

M. le professeur Carnot (Tenon) ;

Externat :

M. le professeur Chantemesse (Hôtel-Dieu) ;

M. le docteur Thierry (Pitié) ;

M. le docteur Michel (Tenon) ;

M. le docteur Rudaux (Boucicaut) ;

M. le docteur de Massary (Lariboisière) ;

M. le docteur R. Mallet.

DU MÊME AUTEUR :

- Un paralytique général employé de chemin de fer* (en coll. avec M. Pactet, S.C.M.M., 20 juin 1921) ;
- Paralysie générale et traumatisme* (en coll. avec M. Pactet, Soc. méd. psych., 5 décembre 1921) ;
- A propos d'un cas de gliome à type mixte ; central et périphérique* (en coll. avec L. Cornil, Bull. de l'ass. française pour l'étude du cancer, Janvier 1922, N° 1) ;
- Troubles mentaux post-commotionnels* (Soc. méd. psych., 2 février 1922) ;
- Particularités du squelette chez les aliénés* (S.C.M.M., 20 mars 1922) ;
- Troubles mentaux simultanés chez le mari et chez la femme* (en coll. avec Mlle Badonnel, S.C.M.M., 20 mars 1922) ;
- Les rémissions dans la paralysie générale (Etude clinique et humorale)* (en coll. avec R. Targowla et Mlle Badonnel, Ann. Méd. Psych., 3 mars 1922) ;
- Choréo-othose congénitale fruste. Exagération des mouvements involontaires provoqués par l'apparition d'une paralysie générale consécutive à une syphilis acquise* (en coll. avec L. Cornil et J. Cuel, Soc. de Neurologie, 5 mai 1922) ;
- Insuffisance pluri-glandulaire fruste et troubles mentaux chez un hérédo-syphilitique avec rhumatisme ankylosant post-infectieux* (en coll. avec L. Cornil, S.C.M.M., 15 mai 1922) ;
- Mélancolie consécutive à une fracture du crâne* (en coll. avec H. Colin et Lhermitte, Soc. Méd. Psych., 1^{er} juin 1922) ;
- Séquelles mentales de l'encéphalite épidémique* (S.C.M.M., 17 juillet 1922) ;
- Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite létifhargique chez les enfants ; troubles mentaux et troubles respiratoires* (S.C.M.M., 20 nov. 1922).
- Purpura hémorragique, transfusion sanguine et troubles mentaux* (en coll. avec H. Colin, Coc. Méd. Psych., 1^{er} juin 1923) ;
- Sur un cas de délire de richesse* (en coll. avec Sonn., S.C.M.M., 2 février 1923) ;
- Délire de possession diabolique chez une mélancolique avec hallucinations psycho-motrices obsédantes à caractère coprolatique* (en coll. avec H. Colin, S.C.M.M., 2 février 1923) ;
- Surdité verbale pure d'origine psychique* (en coll. avec H. Colin, Soc. Méd. Psych., 4 avril 1923) ;
- Sur un cas de paralysie générale prolongée ayant évolué pendant dix-sept ans* (en coll. avec L. Cornil, Progrès Médical, 14 avril 1923) ;
- Paralysie générale à invasion foudroyante et puerpéralité* (en coll. avec H. Colin, Soc. Méd. Psych., avril 1923) ;
- Myélopathie et troubles mentaux* (en coll. avec H. Colin et Lhermitte, Soc. de neurologie, juin 1923) ;
- Evolution démentielle post-traumatique d'un état de déséquilibre constitutionnel, type manie chronique* (en coll. avec H. Claude et A. Borel, S.C.M.M., juin 1923) ;
- Les recherches organiques dans les maladies mentales* (Journal de Médecine de Paris, juillet 1923) .
-

INTRODUCTION

Les hasards de la clinique nous ont permis d'observer des enfants qui avaient été atteints d'E. E. et qui présentaient, consécutivement, des troubles mentaux assez graves pour obliger les parents à se séparer de leurs enfants et à les placer dans des établissements spéciaux. Les cas que nous allons rapporter ont été observés à l'asile Sainte-Anne, dans le service de l'Admission dirigé par le docteur Henri Colin. C'est grâce à l'obligeance et à la sollicitude de ce maître que nous avons pu entreprendre et poursuivre cette série d'études.

Il s'agit de quinze enfants, filles et garçons, dont l'âge varie de 7 à 15 ans. La lacune de ce travail apparaît aisément : nous avons laissé dans l'ombre les enfants n'ayant pas atteint 7 ans. Nous n'avons pas agi à dessein. Aucun petit malade n'est entré à l'asile avant cet âge. Nous n'en avons pas cherchés dans les différents services hospitaliers. Nous avons pensé qu'il était préférable de nous en tenir à ce qu'une observation journalière nous permettait d'étudier afin qu'une tâche ainsi limitée nous permit de lui consacrer tous nos soins.

On peut dire que la physionomie des troubles mentaux liés à l'E.E. chez l'enfant a étonné la plupart des auteurs qui s'y sont intéressés. Un tableau d'ensemble approximatif souvent en fut esquissé, sans que les détails qu'il comporte eussent été mis en relief. C'est

au docteur Marcel Briand que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur les troubles du caractère liés à l'E.E. chez l'enfant. Mais le fait que les premiers malades du docteur Briand étaient des héréditaires, plus ou moins chargés de stigmates de dégénérescence, posait la question de la prédisposition individuelle et de l'état antérieur. Nous ne ferons pas l'historique complet des observations qui, tant en France qu'à l'étranger, se multiplièrent autour de cette question. Nous aurons l'occasion de citer au cours de ce travail celles qui nous ont paru les plus intéressantes. Si elles témoignent dans l'ensemble de constatations comparables, elles appellent des précisions sur les caractères susceptibles de former par leur réunion un syndrome mental. La nature des discussions qu'elles soulèvent montre que les auteurs désirent une étude rationnelle de chaque symptôme. Nous rapportons pour mémoire la discussion qui suivit la présentation de trois malades que nous fîmes devant la Société Clinique de Médecine mentale, le 7 juillet 1922 (1).

M. H. COLIN. — Il est impressionnant de voir des troubles tels que ceux des deux premiers enfants rattachés à l'E.E. En effet, on en observe d'identiques chez de jeunes sujets qui n'ont pas été touchés par cette affection. Et cependant il paraît bien probable qu'ils en sont en effet la consé-

(1) *Séquelles mentales de l'encéphalite léthargique chez les enfants*, par M. Gilbert Robin. Société clinique de médecine mentale, 7 juillet 1922.

quence pour les deux premiers, dont les antécédents ne semblent manifester auparavant aucun trouble et qui n'ont aucun signe de dégénérescence. Pour le troisième, il n'en est peut-être pas de même. Sa petite taille est l'indice d'un arrêt ancien déjà dans son développement.

M. SIMON. — Ces troubles du caractère, succédant à l'encéphalite épidémique, sont des plus fréquents chez les enfants. Ils sont peut-être caractéristiques des suites de cette affection dans le jeune âge. En tout cas, j'en ai plusieurs exemples actuellement dans mon service.

M. GUIRAUD. — J'ai pu voir un enfant qui est devenu impulsif et coléreux, à la suite d'une encéphalite.

M. MIGNARD. — Je crois qu'on observe assez souvent l'instabilité, l'impulsivité, les troubles de l'humeur après cette maladie. J'en ai présentement un exemple dans mon service, venu du service de M. Simon. Le jeune garçon est taquin, instable et grand onaniste, ce qu'il n'était pas autrefois.

M. CLAUDE. — Il est incontestable que les phénomènes récemment encore considérés comme purement fonctionnels nous apparaissent, dans cette maladie, comme sans doute conditionnés par des lésions organiques. C'est ainsi que l'on rapporte à des lésions probables des corps striés un syndrome

analogue à ce que l'on nommait le torticolis mental et que l'on remarque souvent dans cette affection.

A propos d'une présentation de MM. Roubinovitch, Barük et Bariéty (1) et une autre de nous-même (2) devant la même société, le 20 novembre 1922, voici quelles furent les réflexions des auteurs :

M. COLIN. — Ce qui me frappe surtout à l'examen de ces troubles respiratoires, c'est leur variabilité et leur modification sous certaines influences. Chez la malade de M. Capgras, ils disparaissaient quand elle était occupée, quand elle récitait ses vers, par exemple. Chez celui de M. Roubinovitch, au contraire, c'est une occupation qui les fait survenir. Le petit malade que nous présente M. Robin les a, lui, presque constamment. Je crois que nous ne pouvons pas encore avoir d'opinion nette sur l'origine de ces troubles. Les uns sont peut-être liés à un facteur émotionnel, les autres en rapport avec le siège de la lésion.

M. ARNAUD. — Ne faudrait-il pas tenir compte d'une mauvaise habitude possible. Il m'a semblé que j'interrompais la polypnée du petit malade en lui faisant les gros yeux.

M. CLAUDE. — Il y a dans tous ces cas un élément

(1) *Troubles psychiques et respiratoires consécutifs à l'E. E.*, par MM. J. Roubinovitch, Barük et Bariéty. S. C. M. M., 20 nov. 1922.

(2) *Troubles mentaux liés à l'E. E. chez les enfants ; troubles mentaux et troubles respiratoires*, par G. Robin, S. C. M. M., 20 novembre 1922.

psychique évident. M. Babinski a montré récemment une malade pour laquelle il eut l'impression d'une polypnée hystérique ; une électrisation énergétique atténua, en effet, ces troubles, mais sans les faire disparaître ; les électrisations suivantes eurent de moins en moins de résultat. Quant à la variation des troubles moteurs, à ces contrastes de raideur et d'agilité passagères, il convient de remarquer qu'on les observe également chez les parkinsoniens.

Nous apportons quelques documents, pas autre chose. Nous les avons réunis sans esprit de système, sans conception théorique. Au moment où nous avons pris nos observations, nous ne savions pas qu'elles contribueraient à un travail d'ensemble. Nous nous sommes écartés à leur sujet de considérations psychologiques. L'âme de l'enfant (1) a fait l'objet d'études pénétrantes à la lecture desquelles on se rend compte de l'expérience, de la patience, de l'intelligence et certes de l'amour des auteurs qui se sont penchés sur son mystère. Notre inexpérience en pareille matière nous aura au moins servi à aborder sans parti pris les symptômes cliniques. Du reste, nous avons pu nous rendre compte des difficultés qui surgissent même lorsqu'il ne s'agit que de relater exactement un fait. Les faits les plus simples en apparence sont aussi les plus difficiles à décrire, ils exigent des termes précis. Nous avons appris à appliquer le plus possible la rigueur et la

(1). Preyer. *L'âme de l'enfant*.

concision dans l'observation à l'école de notre maître, M. le professeur Claude, qui nous a prodigué ses conseils, et à celle de nos premiers maîtres, MM. les docteurs Colin et Pactet. Enfin, nous tenons à remercier pour les services qu'ils nous ont rendus MM. André Collin, Briand, Heuyer, Lhermitte, Roubinovitch et Simon.

Dans la première partie de notre travail, nous rapportons quinze observations d'enfants de 7 à 15 ans, examinés d'abord à l'admission. Nous avons pu suivre l'évolution des troubles à l'asile de Vaucluse pour les garçons, à la fondation Vallée, à Bicêtre, pour les filles. C'est ainsi que nous avons examiné : dans une première catégorie, des enfants sans aucun antécédent héréditaire ; dans une seconde, des enfants dont les parents ont présenté des tares au point de vue mental ; dans une troisième, des enfants qui, malgré des antécédents psychopathologiques en apparence normaux, montrent des stigmates physiques de dégénérescence. Toute catégorie mise à part, nous n'avons retenu que les cas où la notion d'E.E. ne pouvait donner lieu à aucune hésitation. Le diagnostic rétrospectif ne pouvant être mis en doute, nous publions les cas où il n'existait aucun trouble de l'intelligence et du caractère avant l'E.E. En un mot, tous les symptômes que nous décrirons auront été révélés par l'E.E. Nous employons à dessein le terme révélé pour ceux qui veulent qu'une prédisposition préside à l'éclosion de tels troubles, en dehors même de toute tare héréditaire.

A ces quinze observations, il faut en ajouter deux

autres que nous ne faisons pas figurer au même chapitre parce qu'elles ne répondent pas à toutes les conditions que nous venons d'exprimer, mais qui nous ont paru assez suggestives pour éclairer la question du diagnostic.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous mettons en valeur les symptômes les plus fréquemment observés. L'énumération de ces symptômes nous sera fournie tant par nos observations que par celles des auteurs qui nous auront paru les plus significatives. Aussi disposerons-nous de matériaux nombreux, émanant de sources diverses, recueillis par conséquent sans parti pris de synthèse. Nous examinerons le mode d'apparition des signes morbides et nous leur assignerons, s'il y a lieu, des caractères propres. Nous opérerons ainsi d'une part pour les troubles mentaux, d'autre part pour les troubles physiques. Au point de vue physique, nous insisterons sur les points qui ont été le moins étudiés jusqu'à ce jour et sur ceux qui sont spécifiques en quelque sorte de l'E.E. Au point de vue mental, nous essaierons non seulement de décrire les troubles habituels, mais surtout de mettre en vedette leur originalité, la note par laquelle le clinicien pourra les rattacher à l'E.E.

Une troisième partie sera consacrée longuement au diagnostic. Nous verrons la complexité de cette question, les discussions auxquelles elle a donné lieu, l'importance d'y voir clair.

Sûrs d'une étiologie précise qui nous permettra le diagnostic positif, recherchant des symptômes carac-

téristiques qui nous feront faire le diagnostic différentiel, nous verrons s'il est possible d'isoler un syndrome mental de l'E.E. prolongée chez l'enfant.

Enfin, nous poserons le problème médico-légal et nous discuterons le pronostic.

Notre tâche fut la plus modeste. Nous avons réuni des faits comparables et tenté d'isoler le syndrome qu'ils formaient des groupes nosologiques, classiques en psychiatrie. Nous n'avons abordé aucune discussion pathologique, nous avons cherché à dessiner d'un trait plus accusé les symptômes morbides déjà connus et, dans un but diagnostique, à placer le tableau clinique dans un cadre délimité qui permet de l'isoler et de le faire aisément reconnaître.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — M... Georges, Prosper, âgé de 9 ans, est passé par l'asile Sainte-Anne le 5 novembre 1920, venant de la Salpêtrière où le docteur Souques constatait alors l'« instabilité et la débilité mentales ». Nous avons pu observer cet enfant à l'asile de Vaucluse où il est actuellement interné.

A. H. — Le père du malade serait nerveux. Depuis la guerre il serait sujet à des chutes. Les renseignements ne nous permettent pas d'affirmer s'il s'agit d'épilepsie.

Un frère du malade est mort de méningite.

Pas d'internement dans la famille.

A. P. — Georges, Prosper vient à terme, parle à

1 an, marche à 17 mois. L'enfant est normal. En grandissant, il se montre intelligent. A 6 ans, il a une bronchite dont on le soigne dans la Sarthe. Il retourne peu de temps à l'école, car au moment des vacances du nouvel an, en 1919, il présente du strabisme, des secousses myocloniques, de la fièvre. L'hypersomnie n'aurait duré qu'un jour, mais l'agitation nocturne et les cauchemars ont existé pendant les quinze jours que le malade dût être alité.

Après la phase aiguë de la maladie, l'enfant avait peur de tomber et disait à sa mère : « Tiens-moi, je ne peux pas me tenir », mais n'a jamais eu de perte de connaissance. Il lui prit des crises de colère, tant à l'école qu'au foyer familial, au cours desquelles il tré-pignait, hurlait et frappait ses parents. Il faisait mille farces (pied-de-nez à la face du maître d'école).

Il regrettait, aussitôt que commises, ses impulsions violentes.

Il avait un tic respiratoire qui consistait à souffler bruyamment, lequel a beaucoup diminué.

Quand on interroge le malade, il montre un esprit vif, éveillé. Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il raconte avec exactitude l'histoire de sa maladie. Il se rend compte qu'il souffle moins qu'autrefois. La nuit, le sommeil est normal. Il lui prend quelquefois, pendant le jour, l'envie de dormir.

L'attention est conservée. Cependant, le test d'André Collin n'est réussi qu'à la quatrième fois et le test de Rogues de Fursac est opéré avec lenteur. Il sait pourquoi il a été interné. Il se rappelle et regrette ses vio-

lences à l'école et chez ses parents. Cependant, à l'asile, il se bat encore souvent avec ses camarades. Il est taquin. Il déchire volontiers. Au demeurant, l'enfant n'est pas foncièrement désagréable. Il est accessible aux remontrances, qu'il écoute facilement, quitte à ne pas les observer.

Il n'est ni menteur, ni voleur, ni gourmand.

Il ne pratique pas l'onanisme.

Il est caressant. Il aime à embrasser. Il joue aux jeux habituels.

Il va à l'école de Vaucluse, sait lire et écrire, compter jusqu'à 1.000. Il commet des erreurs dans la table de multiplication.

D'après les tests de Simon, cet enfant de 9 ans semble avoir, intellectuellement, 8 ans $\frac{1}{2}$.

Au point de vue physique, l'enfant est normal, à part les troubles respiratoires déjà signalés. Il n'existe pas de signes neurologiques.

Il n'y a plus aucun signe de strabisme

Pouls : 80.

R.O.C. : 88.

Obs. 2. — L... Argentine, âgée de 8 ans, est entrée à l'asile Sainte-Anne, le 22 février 1921, avec le certificat suivant du docteur Bouttier : « Troubles mentaux, agitation psychomotrice à prédominance nocturne, consécutifs à une atteinte d'E.E. » Ce certificat de l'admission : « Arriération mentale. Craintivité, turbulence. »

Le docteur Roubinovitch, à la fondation Vallée, rédige à peu près le même certificat.

A. H. — Père décédé d'E.E., au Canada, en 1920.

Mère normale. Enfants normaux.

Pas d'hérédité psycho-pathologique dans la famille, d'après les déclarations recueillies.

A. P. — L'enfant vint à terme, pesant 3 kg. 500. Elle fut nourrie au sein, parla à 9 mois, marcha à 1 an $\frac{1}{2}$.

Varicelle à 3 ans $\frac{1}{2}$.

Elle est envoyée en traitement à Berck-sur-Mer pour une tumeur blanche du genou.

D'après le témoignage des parents, l'enfant était intelligente, affectueuse, sans aucune tendance vicieuse. Avant l'atteinte d'E.E., elle n'était pas encore allée à l'école.

Le 8 mars 1920, E.E. traitée à Berck. Léthargie pendant 52 jours. Onirisme nocturne. En mai, elle eut une première crise d'épilepsie et, par la suite, eut deux crises par semaine. Agitation avant les attaques. Elle ne perdait pas complètement connaissance, mais elle était obnubilée, avait de l'écume aux lèvres et dormait après la crise.

L'enfant fournit des réponses incohérentes. On ne peut fixer son attention. Elle pleure à la moindre observation. Puis, elle fait des grimaces, tire la langue.

A l'école, avant d'entrer à la fondation Vallée, elle faisait des farces à ses camarades. Elle les insultait. Elle n'a jamais été violente.

Elle est menteuse et mythomane.

Elle est gourmande.

Au point de vue intellectuel, elle ne sait ni lire ni écrire. Elle déclare : « Il va me pousser un poireau, un chou sur l'œil. » Elle ne sait pas compter. L'arriération pédagogique et mentale est très nette.

D'après les tests de Simon, l'âge mental de cette enfant de 8 ans atteint 3 ans.

Le test d'André Collin ne peut être accompli.

Au point de vue physique, chétivité, mauvais état général. Tumeur blanche des deux genoux. Atrophie musculaire des membres inférieurs.

Facies niais. Nez épaté. Dents en mauvais état, crénelées, double rangée d'incisives supérieures.

Pouls : 120.

R.O.C. : 65.

Lorsque Mlle Lévy examina la malade, en janvier 1921, voici ce qu'il lui fut donné de constater :

« L'enfant présente un état d'agitation frénétique. Elle s'agite, défait tous ses vêtements, crache partout, renifle, par moments crie. Pendant la crise, elle parle rarement, parfois même ne répond pas et semble tout à fait absente. Cette agitation survient, en effet, par crises ; ces crises surviennent brusquement et finissent comme elles commencent. Elles surviennent chaque nuit, commencent en général à 2 heures du matin et finissent le lendemain vers midi. Pendant la crise, l'enfant exécute des bonds, des sauts, des torsions sur son lit, ou bien elle court à toute vitesse, sautant successivement sur tous les lits. Ou bien elle crache partout... »

Actuellement (janvier 1923), les crises d'agitation avec vertiges et obnubilation intellectuelle sont moins violentes. Cependant, l'enfant ne quitte pas l'infirmerie. Elle ne peut suivre aucun cours. L'existence de cette obnubilation intellectuelle après les crises est une cause d'erreur qu'il faut signaler lorsqu'on veut établir son niveau intellectuel et juger de sa capacité d'attention.

Obs. 3. — G... Armand, âgé de 7 ans, a été renvoyé de l'hôpital Bretonneau le 2 mars 1921 parce qu'il était atteint de « délire » et troublait le repos des autres malades. A l'asile Sainte-Anne, où il avait été transféré, on constatait de l'arriération mentale. Il resta jusqu'au 12 juillet à l'asile de Bicêtre et fut replacé à l'asile Sainte-Anne, le 20 juillet, avec le certificat suivant du docteur Logre : « Arriération mentale. Troubles de l'humeur et du caractère. Excitation psychique par intervalles. Turbulence nocturne. Cris, chants, réactions violentes. Méningite au début de 1920. Amaurose. Mutisme en ce moment. Convulsions le 4 janvier et les jours suivants. Stigmates de rachitisme. »

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Enfant normal, ayant parlé et marché à onze mois, doux et affectueux, très propre, donnant toute satisfaction à ses parents avant sa maladie.

Le 1^{er} janvier 1920 il eut ce que le père appelle une « fièvre cérébrale » et fut soigné à l'hôpital Bretonneau. Les convulsions, le strabisme, l'agitation nocturne,

l'hyperthermie (39-40°) pendant 33 jours, des phases de mutisme permettent d'affirmer l'E.E.

Il n'y eut jamais d'amélioration au point de vue psychique, puisque, nous l'avons vu, l'enfant a été directement transporté de l'hôpital Bretonneau à l'asile Sainte-Anne et puisqu'un essai de sortie de l'hospice de Bicêtre n'a pas eu d'heureux résultats.

A son arrivée à l'asile de Vaucluse, en 1921, il était gâteux, présentait du négativisme, était sujet aux colères et aux actes impulsifs, crachant au visage et jetant ses aliments à la tête de tout le monde. Il avait de l'agitation nocturne qui a disparu actuellement.

Nous avons pu dernièrement examiner le malade à l'asile de Vaucluse. Il fournit des réponses souvent inexactes, se croit à Vaucluse depuis trois jours, alors qu'il s'y trouve depuis un an ; il ne sait pas s'il a été autrefois à l'école et il est incapable de fixer son attention ; aucun test à ce sujet n'est réussi ; cependant, il se souvient du nom de l'interne et de certains événements qui se sont passés à l'asile.

C'est un enfant rageur qui crie sans motif apparent, prétendant qu'il a mal aux dents, alors qu'on ne relève rien d'anormal de ce côté. Il pleure pour un rien et crache continuellement à la tête de n'importe quelle personne. Pas d'onanisme. L'enfant est intimidable et les remontrances provoquent une amélioration passagère.

Arriération pédagogique manifeste.

D'après les tests de Simon, cet enfant de 7 ans a, intellectuellement, 4 ans $\frac{1}{2}$.

Au point de vue physique, il a une très petite taille. Rachitique, il traîne la jambe droite pendant la marche et projette la jambe gauche en avant.

Le réflexe rotulien est plus vif à gauche qu'à droite. Pas d'hypertonie.

Pas de strabisme, pas d'inégalité pupillaire. Les troubles respiratoires consistent en phases de polypnée à raison d'environ 60 respirations par minute, phases de polypnée irrégulières dans leur apparition. Sialorrhée, le malade a de fréquents vertiges au cours desquels il incline la tête, ne répond pas quand on l'interroge. Il n'y a pas de perte de connaissance.

Tic respiratoire : Il souffle bruyamment.

Pouls : 68.

R.O.C. : 56.

Obs. 4. — P... Robert, âgé de 12 ans, est entré à l'asile Sainte-Anne, le 22 septembre 1921, avec le certificat suivant du docteur Chatelin : « Troubles mentaux graves, agitation nocturne, crie, se frappe la tête au mur, veut se jeter par la fenêtre, injurie les voisins. »

Le docteur Briand constatait aussi de « l'agitation hypomaniaque, de la turbulence nocturne, du strabisme intermittent. » Il ajoutait : « Séquelles probables d'E.E. » En effet, d'après les renseignements de la mère et de la tante, en février 1920, Robert aurait été agité, impressionné qu'il était, disent les parents, par la mort de sa grand'mère. Il dormait tout le jour, s'excitait la nuit, avait des hallucinations visuelles et

des frayeurs, et on crut d'abord à une grippe simple. Le strabisme, les myoclonies, la somnolence diurne firent porter par le docteur Chatelin le diagnostic d'E.E. Après la phase aiguë de la maladie, l'agitation continua jour et nuit, à ce point que la tante nous dépeint son neveu comme « enragé ». Cette turbulence nécessite l'internement.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Avant l'E.E., c'était un enfant intelligent et bon, d'un caractère facile, à l'exception de colères assez fréquentes.

A l'asile, en septembre 1921, c'est surtout la turbulence qui attira l'attention des médecins. Il avait de l'onirisme et il eut pendant quelque temps de violentes démangeaisons sur tout le corps.

Nous avons examiné le malade en décembre 1922, à l'asile de Vaucluse. L'enfant est bien orienté dans le temps et dans l'espace. L'attention est très difficile à soutenir. Le test d'André Collin est réussi la quatrième fois, le test de Rogues de Fursac n'est pas accompli, les réponses se font très lentement, la lenteur des processus psychiques s'accuse par intervalles, au moment où Robert P. penche la tête en avant, le regard vague, l'air absent, en une sorte de vertige sans perte de connaissance et susceptible d'être momentanément corrigé par la volonté. Il fléchit alors sur ses jambes. Il a de la rétropulsion. Il arrive même qu'il ne fournisse plus aucune réponse. En dehors des phases de vertige, une somnolence vague caractérise tout le jour l'attitude du

malade. Il faut le faire manger. La nuit, le sommeil est normal. Son état traduit une amélioration sensible ; il y a quelques mois, le sommeil était diurne, l'insomnie nocturne habituelle avec onirisme et zoopsies.

Il est menteur. Il dissimule l'aveu des vols qu'il a commis quand il était chez ses parents : billet de 5 francs à ses parents, chocolat aux pâtisseries.

Sujet aux colères, il frappait son jeune frère et lève encore souvent la main sur ses camarades, sans que ces violences atteignent une grande intensité.

Il déchire ses draps. Quand il n'est pas turbulent, il a un air triste et vieux. Il ne joue jamais.

Il est caressant. Il a tendance à embrasser, il est facilement insolent. Pas d'onanisme.

Il a des troubles de la mémoire, il ne se souvient pas des différents séjours qu'il a faits dans les hôpitaux. Il présente de l'arriération scolaire. Cet enfant de 12 ans, d'après les tests de Simon, a, comme âge mental, 9 ans $\frac{1}{2}$.

Au point de vue physique, hypertonie des membres inférieurs. Le malade demande qu'on lui allonge les jambes, conservant l'attitude du reploiement. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Pas de signe de Babinski.

Hypertonie des membres supérieurs. Signe de la roue dentée.

Facies figé. Rire niais dû à la contracture faciale.

Sialorrhée. Tremblement de la langue.

Inégalité pupillaire : G.D.

Irrégularité des pupilles. Les réflexes à la lumière sont normaux.

Pas de troubles de la marche.

Rétropulsion.

Pouls : 108. R. O. C. : 72.

Mlle Lévy, qui a observé également le malade à la Salpêtrière, a fait les constatations suivantes :

« Il ne s'arrête pas de souffler dans le vide, sur les objets ou dans le creux de ses mains réunies en cornet. Il fait circuler constamment sa langue dans la bouche, renifle, frappe avec ses poings sur ses genoux ou sur ses fesses, des coups rapides et répétés par crises. De la même manière, il claque des doigts. Par moment, il présente une tachycardie bruyante, caractéristique. »

Et elle conclut ainsi :

« En résumé : Excitation psycho-motrice, avec inversion du rythme du sommeil, consécutivement à épisode encéphalitique, ayant débuté en février 1920. Plus de 2 ans après, cette excitation persiste avec des crises de polypnée intermittente, des tics respiratoires, de la sputation et d'autres tics moteurs. L'intelligence reste intacte, mais ne progresse plus, et la faculté d'attention semble très atteinte. »

Obs. 5. — P... Laurent, âgé de 13 ans $\frac{1}{2}$, est entré à l'hôpital de Bicêtre le 5 janvier 1922.

A. H. — Mère morte de fièvre typhoïde.

A. P. — L'enfant vint à terme, pesant 9 livres. Il fut à l'école à 6 ans. Affectueux, très intelligent et très

studieux, il se classait, en général, 2^e sur 35. Il préparait le certificat d'études.

A l'âge de six ans il eut beaucoup de cauchemars.

Il a toujours été un peu menteur.

Il a, en janvier 1920, une chorée qui dure 2 mois $\frac{1}{2}$, avec fièvre et délire.

En juillet 1920, rechute de chorée, pour laquelle il est soigné aux Enfants-Malades pendant cinq semaines.

En septembre 1921, il présente de la narcolepsie pendant le jour. Il s'endort en mangeant et ses parents l'éveillent avec beaucoup de peine. La nuit, insomnie. Pas de fièvre. Ses accès de narcolepsie le font retirer de l'école au milieu de novembre.

En décembre 1921, sa vue se trouble ; il a des secousses myocloniques aux membres supérieurs et inférieurs. Lors d'une consultation à l'hospice de Bicêtre, le 23 décembre, le docteur Roubinovitch ne constate pas de troubles visuels, les pupilles sont contractées. Les reflexes tendineux sont vifs. Les notions scolaires sont altérées.

Cet état se prolonge, l'enfant dormant mal la nuit et somnolant le jour, une heure le matin et deux heures l'après-midi. Mais on le réveille facilement.

Il entre, le 8 janvier 1922, à l'asile de Bicêtre. A cette époque, les reflexes tendineux sont normaux aux membres supérieurs, un peu vifs aux membres inférieurs, mais égaux des deux côtés. Il n'existe pas de signe de Babinski. Pas de clonus. Pas de diminution de la force musculaire.

Aucun trouble de la sensibilité.

L'intelligence apparaît normale, les troubles de la mémoire sont légers.

Pas d'hyperthermie. On ne constate des troubles du sommeil que dans le mois de mars. L'enfant somnole en classe. Une ponction lombaire, alors, donne les résultats suivants :

Pression à l'appareil de Claude : 42.

Albuminose : 0,35.

4 lymphocytes par mm³.

Le 12 août 1922 apparaît un tic respiratoire. Il souffle de son nez bruyamment. Le personnel infirmier prétend qu'il n'a agi ainsi qu'après avoir observé un enfant ayant le même tic.

Nous avons pu observer le malade en novembre 1922. Il semble que l'affection n'ait pas achevé son évolution. L'enfant a encore envie de dormir pendant le jour (spécialement à 10 heures et à 2 heures 30. Il somnole en classe. La nuit, le sommeil est régulier. Pas de cauchemars, pas d'onirisme. Pas d'énurésie. Il ne présente pas de vertiges, pas de crises comitiales.

A l'hospice, il est souvent grossier. Il insulte le maître d'école qu'il traite de « c... ». Il est sujet à des colères. Il trépigne, devient violent, frappe ses camarades, n'a jamais frappé les animaux. Il nous raconte, lui-même, qu'il a envoyé un coup de poing dans le ventre de sa mère, qu'il a pris un couteau pour la frapper et l'a souvent menacée. Il a cassé des verres. Il a conscience du caractère impulsif de ses actes et regrette de les avoir commis. Il est taquin.

Il est un peu menteur. Pas de mythomanie.

Il est voleur. Il a volé des bonbons et du lait dans l'épicerie où il avait été placé et où il n'est resté que huit jours. Il a essayé de dérober un modèle de dessin.

Il n'est pas gourmand.

Il n'a pas de tendance aux caresses.

Pas d'onanisme.

L'émotivité est très vive chez lui. Il a des crises de larmes sans motif apparent. Il pleure à la moindre observation. Il prétend qu'il s'ennuie à l'hospice. Pas d'idées de suicide.

Pas de tendance aux fugues.

Il est propre et très soigneux.

Au point de vue intellectuel, l'enfant a conscience qu'il comprend moins bien ce qu'il apprend et qu'il retient avec moins de facilité. Il a un jugement excellent. Il a des notions scolaires précises. Il ne commet pas d'erreurs dans les calculs. C'est un garçon intelligent.

Pouls : 108. R. O. C. : 84.

Obs. 6. — Denis, âgé de 9 ans $\frac{1}{2}$. Certificat du docteur Nageotte, 3 février 1922 : « Troubles mentaux consécutifs, d'après les renseignements, à une E. E. qui remonte à 18 mois. Parésie faciale droite. Aspect un peu égaré. Attitude figée. Accès d'agitation avec terreurs, actes bizarres, se mord les doigts et se déchire le visage, demande un couteau pour se couper le cou. »

Le docteur Simon constate de la « débilité mentale avec turbulence ».

D'après les renseignements que nous avons obtenus

et d'après les déclarations du malade, l'enfant a été soigné à l'hôpital Trousseau pour une E.E. Après la maladie, on s'aperçut que son caractère, jusque-là normal, s'était modifié : il avait des colères, donnait des coups de pied dans la porte et battait son jeune frère. Mythomane, il allait déclarant que son père le frappait et, un jour, il manifesta l'intention de se couper le cou, sans qu'il puisse nous expliquer les raisons qui le poussaient.

Il a volé des crayons à ses camarades et, à l'intérieur de l'asile, a dérobé du chocolat.

Sujet aux fugues, il s'est enfui un jour chez son grand-père. Il était devenu caressant, aimait à embrasser et courait volontiers après les petites filles. Onanisme.

A l'asile, il est brutal, envoyant des coups de pied autour de lui, criant et gesticulant, ne restant pas cinq minutes à la même place. Il se sauve du quartier. Une surveillance très attentive doit être exercée. Susceptible à l'excès, il s'abandonne à de vives colères au cours desquelles il casse les carreaux, se mord les poignets et s'écorche. (Cicatrices.) Il pleurniche souvent, sans motif apparent.

La gourmandise est signalée chez cet enfant.

Il continue à être voleur.

Il n'a pas manifesté d'idées de suicide à l'intérieur de l'asile.

Quand on l'interroge, il a l'air égaré, hébété. Il est sujet à de légers vertiges pendant lesquels sa tête s'incline en avant. Cependant, il n'est jamais somno-

lent. La nuit, le sommeil est devenu régulier. Il se cache sous ses draps pour dormir et les surveillants ont remarqué que la plupart des enfants qui ont été atteints d'E.E. ont cette habitude. Il est indifférent aux questions qu'on lui pose. Il ignore l'année de sa naissance, la durée de son internement, il ne va pas aux cours scolaires de la colonie. Il sait écrire tout juste son nom et lit avec beaucoup d'hésitation. Le test de R. de Fursac n'est pas exécuté. Le test d'André Collin est réussi la troisième fois.

D'après les tests de Simon, cet enfant de 9 ans $\frac{1}{2}$ a, intellectuellement, 6 ans $\frac{1}{2}$.

Au point de vue physique, l'enfant présente des mouvements choréiformes généralisés, prédominant aux membres inférieurs. Hypertonie du membre supérieur et du membre inférieur droits. Pas de troubles de la marche. L'enfant se tient toujours un peu penché vers la droite. Pas de modification des réflexes. Pas de signe de Babinski.

Diplopie. Strabisme de l'œil droit. Pas de ptosie. Pas d'inégalité pupillaire. Troubles de la convergence.

Pouls : 98. R.O.C. : 78.

Obs. 7. — La jeune Charlotte B..., âgée de 8 ans, est entrée à l'asile clinique le 6 juillet 1922. Elle venait de l'hôpital de Saint-Denis où elle était soignée de la rougeole. Son médecin constatait « des troubles d'instabilité mentale » qui, à son avis, « nécessitaient l'internement ».

Nous avons pu interroger la mère, qui a une fille de

11 ans parfaitement normale. Le père a été tué à la guerre. C'était un homme bien portant. Il n'y a rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires, si ce n'est un léger affaiblissement intellectuel et des idées de persécution, survenues à l'âge de 62 ans, chez une grand'mère maternelle, qui ne fut pas placée dans un établissement spécial.

Quant à l'enfant, elle vint à terme, a marché et parlé de bonne heure, s'est développée sans incident à part une bronchite à 8 mois. Elle a toujours louché légèrement. Elle était un peu nerveuse, mais, à part quelques très légères colères, donnait toute satisfaction à sa famille, laquelle, sur ce point, est formelle.

A l'âge de 6 ans, en février 1920, elle est conduite à l'hôpital Bretonneau, où elle reste 3 mois $\frac{1}{2}$. Pendant 15 jours, elle demeure en léthargie. La fièvre est élevée. Il existe des troubles oculaires. Le diagnostic d'encéphalite léthargique est nettement posé par le docteur Boulloche.

Guérie, Charlotte retourne à l'école où elle se montrait, avant sa maladie, docile et appliquée. Mais elle est devenue paresseuse, sujette aux colères. On ne veut pas la garder et elle va 5 mois à Forges.

Au retour, elle fait des fugues nombreuses ; parfois, à moitié habillée, elle va dans les rues, au marché, dans les magasins, malgré la défense expresse de sa mère. Interrogée, elle raconte tantôt qu'elle va voir une amie, tantôt que sa mère l'a battue et qu'elle se dérobe à ses mauvais traitements. Elle s'est enfuie d'une institution de Montrouge où elle avait été placée, enfuie d'une mai-

son religieuse de Bourges. Un soir, à 8 heures, pendant l'absence de sa mère, veilleuse de nuit à l'hôpital Saint-Denis, elle enjambe la fenêtre de l'appartement, quitte Saint-Denis, se fait payer le tramway, et, trouvée errante à Paris, est conduite au commissariat de police.

A chaque quinzaine environ, elle a des colères au cours desquelles elle trépigne, s'arrache les cheveux. Il lui est arrivé de gifler la maîtresse d'école, mais elle n'a jamais frappé sa mère.

Elle est turbulente, touche à tout, veut toujours jouer. Son attention est mobile. Cependant, les tests d'A. Collin et de R. de Fursac sont exécutés. Affec-tueuse et caressante, elle paraît sensible aux reproches et peu après recommence à être turbulente et inatten-tive.

A l'asile, l'enfant se montre docile, raconte ses colères et ses fugues, telles que sa mère les a relatées. Elle regrette ce qui s'est passé, a conscience de ses troubles du caractère et s'avoue menteuse : « J'ai le cerveau déplacé », dit-elle, et affirme qu'elle était beaucoup plus sage avant l'encéphalite léthargique. Elle est affective. Elle obéit aux infirmières. Son attitude est respec-tueuse, son abord avenant. Le sommeil est excellent.

Elle paraît d'intelligence normale, quant au juge-ment, à la mémoire, à l'association des idées. Mais elle a peu appris. Elle fait quelques additions très sim-ples, se trompe dans les soustractions et ignore la table de multiplication. Elle a quelque notion de Jeanne d'Arc, là se bornent ses connaissances histori-

ques. Quant à la géographie, elle n'a entendu parler ni de la Chine, ni du Rhône. Les Alpes sont un fleuve. Cette enfant de 8 ans atteint, d'après les tests de Simon, 6 ans $\frac{1}{2}$.

Après que nous l'eûmes présentée devant la Société clinique de médecine mentale, en juillet 1922, elle fut hospitalisée à la Fondation Vallée. Le docteur Roubinovitch constata l'« instabilité mentale avec tendance aux fugues » que nous avons signalée.

Nous avons examiné à nouveau cette enfant. Elle est affectueuse, embrassant volontiers, cependant qu'elle est taquine, se bat avec ses camarades.

Elle est affective, elle pleure quand on parle de l'absence de sa mère.

Elle est gourmande.

Pas d'onanisme.

La nuit, le sommeil est normal. Le jour, elle s'endort sur la table, à l'école.

Au point de vue physique, on ne constate aucun signe neurologique.

Pouls : 100. R.O.C. : 64.

Obs. 8. — Raymond M..., âgé de 7 ans, entre à l'asile clinique, le 15 juillet 1922, pour des « troubles du caractère qui seraient consécutifs, note le certificat d'admission, à une E.E. » Le père et la mère sont d'une intelligence au-dessus de la normale. Ils n'ont jamais été malades, non plus que leur famille. Ils ont un second fils de 9 ans qui vit en parfaite santé. Raymond vint à terme, marcha à 11 mois et parla de bonne heure.

Il n'eut pas de convulsions; mais une coqueluche bénigne à 3 ans. Il donnait à toute sa famille l'impression d'un enfant intelligent, à l'esprit vif et curieux.

A l'âge de 4 ans, il eut une E.E. marquée par la fièvre, une tendance invincible au sommeil, des secousses myocloniques et des tremblements du bras droit, du strabisme interne gauche, de la salivation. Les yeux étaient fréquemment révulsés. La nuit, le petit malade avait des cauchemars. Il eut de l'incontinence d'urine. Il resta un mois au lit. Pendant 3 ou 4 mois, après la phase aiguë de l'affection, il restait presque tout le jour endormi. Dès qu'on l'asseyait, il s'assoupissait. Il avait le regard vague. Les secousses myocloniques du membre supérieur droit persistèrent. La parole devint lente et scandée. Il avait des tics de la face et de la salivation par intervalles. Jamais il n'a été complètement paralysé, mais il s'est toujours plaint pendant la marche de souffrir de la jambe droite. L'urination au lit, qui a aujourd'hui disparu, a duré deux ans et demi.

La famille est formelle en ses déclarations : jamais l'enfant n'a complètement guéri. A 5 ans, elle le mit à l'école, mais il fut impossible de l'instruire. Il n'avait d'attention que pour apprendre des chansons et demandait au maître : « Voulez-vous entendre une chanson ? » cependant qu'il commençait à chanter dans la classe : « Un jour, Napoléon III; etc... » Il circulait dans la salle d'études, se rendait sans autorisation dans les autres classes, piquait les enfants à la joue avec des épingles. Il déroba à ses camarades des porte-plumes

qu'il rapportait dans sa famille. Il dut être renvoyé de l'école.

Il fit des fugues nombreuses. Il se sauvait du domicile de ses parents et se rendait chez des voisins. Il ne rentrait pas seul au logis : il fallait le chercher dans les rues. Sans gêne, il pénétrait dans les maisons étrangères, où il mangea une fois une côtelette entourée de pommes de terre frites. Aux devantures, il volait de préférence les oranges et les amandes. Il n'a jamais pris d'argent et donnait toujours à sa mère un sou trouvé. Mythomane, il allait racontant que sa famille refusait de lui donner à manger ou que sa mère était morte.

Il a eu des colères au cours desquelles il déchirait ses draps, frappait ses parents, menaçait d'étrangler sa mère et lui aurait lancé n'importe quoi à la tête. Il a mordu une infirmière. Il n'a jamais été brutal envers les animaux.

Il se montrait indifférent et inactif, riant quand on lui parlait de sa brutalité et de ses violences.

Il est inintimidable et grossier. Il insulte sa grand-mère qu'il appelle « vieille bique ». Il ne s'intéresse à rien. Il ne prête aucune attention aux conseils et oublie une commission dont on vient de le charger.

Pas d'onanisme.

A l'asile, on constate certains des troubles du caractère signalés par la famille : notamment la turbulence, la désobéissance et la violence ; il a griffé un infirmier.

Il a une instruction très rudimentaire ; il ignore la capitale de la France. Jeanne d'Arc est un soldat. Napo-

l'éon était le général de la guerre de 1914-1918. Il épèle les lettres, ne sait pas lire, compte de 1 à 20 et fait correctement quelques très simples additions. La mémoire paraît normale. Le développement de l'intelligence atteint, d'après les tests de Simon, le développement d'un enfant de 6 ans : notre malade a 7 ans. Mais il ne peut pas aller à l'école à cause de son instabilité. L'attention volontaire est conservée ; le test d'André Collin est correctement accompli.

Au point de vue physique, la tête est inclinée vers l'épaule gauche, le menton touchant presque la poitrine. Quand le malade le veut et fait attention, il peut relever la tête, mais elle retombe dès que la volonté n'intervient plus. Il n'existe pas de contracture des peauciers. La commissure gauche est abaissée. Les traits de l'hémiface gauche présentent une atonie qui gonfle et fait pendre la joue. Il existe du strabisme divergent gauche et du nystagmus provoqué. La langue est fortement déviée vers la gauche. Salivation par intervalles. Le malade peut siffler. La parole est lente, saccadée, scandée.

Le membre supérieur droit est à demi fléchi, appliqué contre le tronc et reste immobile pendant la marche. La force musculaire du membre et de la main est notablement diminuée, si on la compare à celle du bras gauche. Les réflexes radiaux et tricipitaux sont vifs des deux côtés. Le membre supérieur droit est animé de secousses myocloniques. La main présente un léger tremblement qui est nettement « intentionnel » ; L'écriture (quelques lettres) est hésitante et tremblée.

Quelques maladresses dans les mouvements. *Adiadococinésie* légère du côté droit.

Aux membres inférieurs, il existe de la claudication intermittente. Le petit malade pleure quand on veut presser son pas et se plaint de souffrir de la jambe droite. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés.

Pas de signe de Babinski.

Le développement est incomplet. La taille est petite. Il n'existe qu'un testicule dans les bourses.

Pression artérielle : 10 $\frac{1}{2}$ -7 à l'appareil de Pachon. Ponction lombaire : albumine : 0,22 ; lymphocytes : 0 ; réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Obs. 9. — Paul D..., âgé de 9 ans, est entré à l'asile clinique, le 23 juin 1922, avec le certificat suivant : « Atteint d'encéphalite léthargique. Après une amélioration très marquée, qui pouvait faire croire à une guérison définitive, l'enfant a été repris depuis plusieurs mois de troubles mentaux graves consistant surtout en impulsions à s'enfuir de la classe, du domicile, etc... »

Les parents sont en parfaite santé et ont un second enfant bien portant.

Paul D... vint à terme, n'eut pas de convulsions, contracta la rougeole. A l'école, on le tenait pour un bon élève. La famille affirme que ce fils était en tous points normal et répondait à tous les vœux qu'elle avait formulés à ce sujet.

En 1920, à 7 ans $\frac{1}{2}$, délire qui fait d'abord croire à

une fièvre typhoïde, puis somnolence, strabisme par intervalles. Le docteur Netter qui a souvent vu l'enfant à cette époque, porte le diagnostic d'encéphalite léthargique. La phase aiguë de la maladie dure cinq semaines. Trois mois après, l'enfant devient nerveux, ne reste plus en place, ne songe qu'à s'échapper, se sauve du domicile de ses parents et va chez les voisins, touche à tout, bouscule tout le monde, ne respecte rien, ment à tout propos, va se plaindre aux passants que son père le frappe et veut le tuer, taquine et brutalise les animaux. Il devient gourmand, fouille dans le garde-manger, vole une fois des noix, une autre fois des caramels chez un confiseur. A l'époque, il ne veut pas travailler, prétendant qu'il a bien le temps d'apprendre. Il quitte la classe sans motif et sans permission. La nuit, il a des cauchemars, se réveille en sursaut, se lève de son lit.

Il contracte l'habitude de rouler en boule son tablier, celle de se sucer le dos des mains. Il court après les enfants du quartier qu'il veut tous embrasser.

A l'asile, l'attention est principalement attirée sur les troubles de la conduite et de l'attention.

Il ne peut tenir en place. Il se lève de sa chaise, malgré les ordres réitérés de ne pas bouger, touche à tous les objets, veut tout ouvrir et tout démonter. Turbulent, on le trouve partout où il ne doit pas être. Il va sans permission dans l'appartement du surveillant et, sans gêne, se sert des objets familiers. Il n'est pas intimidable, ne prête aucune attention aux observations ou aux menaces. Souvent, il ne répond pas aux

questions qui lui sont posées. Il est menteur et trompe sans cesse la vigilance des infirmiers.

Mythomane, il déclare que son père s'enivre, que son frère est un nerveux, ce qui est absolument faux.

Il fouille dans les tables de nuit des malades et s'empare de ce qui lui convient. Chez le surveillant, il dérobe les plats sucrés. Ses sentiments affectifs sont peu développés. Il prodigue aux malades ses caresses, mais avec un fond de taquinerie qui finit par les importuner. Il embrasse les mains des médecins en disant : « Ça me fait plaisir d'embrasser. » Dès qu'il aperçoit un enfant, il court le couvrir de baisers.

Il n'a pas d'habitudes d'onanisme.

Son sommeil est très irrégulier. Chaque nuit, il a des frayeurs et se sauve de son lit.

L'intelligence paraît normalement développée, quant au jugement et à la mémoire, mais paresseux, inattentif et sujet aux fugues, c'est un arriéré pédagogique. Il se trompe dans des additions très simples, ne connaît pas exactement la table de multiplication. La Seine est un fleuve qui se jette dans la Méditerranée et Charlemagne un roi qui régnait en 1914.

Au point de vue physique, il a beaucoup engraisé depuis l'encéphalite léthargique (43 kilos au lieu de 36). La peau des membres inférieurs est infiltrée et rugueuse. L'enfant a souvent froid aux pieds. La pression artérielle au Pachon est de Mx 11, Mn 7 $\frac{1}{2}$.

Le réflexe oculo-cardiaque, très fortement positif, fait tomber le pouls de 106 à 68. Après injection d'un milligramme d'adrénaline, on ne note aucune modifi-

cation du pouls, de la pression artérielle ni de la diurèse.

Obs. 10. — D... Joséphine Jeanne, âgée de 10 ans, est entrée à l'asile Sainte-Anne, le 12 août 1922, pour être ensuite dirigée sur la Fondation Vallée. Le diagnostic du docteur Roubinovitch porte : « Arriération mentale avec tics divers, tendances à la destruction, obésité ». Pour le docteur Colin qui l'a examinée à l'admission, elle est atteinte de « débilité mentale. Polysarcie. Aurait eu un accès d'E.E. Strabisme léger. »

Le père et la mère sont bien portants et d'un niveau intellectuel normal. Aucune hérédité pathologique ne peut être relevée dans la famille. Deux fils, l'un de 15 ans, l'autre de 5 ans, sont intelligents et donnent toute satisfaction à leur famille. Joséphine-Jeanne vint à terme. Elle a marché très vite, a parlé à un an. Elle n'eut jamais de convulsions. A 6 ans, elle fut envoyée à l'école où sa conduite resta toujours satisfaisante. Elle n'était ni taquine, ni turbulente, ne fut jamais punie et montra beaucoup de facilité à s'instruire.

Le 25 mars 1920, c'est-à-dire à l'âge de 8 ans, elle dut s'aliter. Le médecin crut d'abord à un début de méningite, mais l'entrée en scène de la maladie par une angine, l'hyperthermie légère et l'hypersomnie continuelle, jour et nuit pendant treize jours, firent porter le diagnostic d'E.E. Elle n'a pas présenté de secousses myocloniques, n'a pas été paralysée et les parents n'ont pas entendu parler de strabisme à cette époque.

Après l'état aigue qui, nous l'avons dit, a duré treize jours, elle a continué à dormir pendant 2 mois. Puis le retour à l'état normal de son état général coïncida avec l'apparition brusque de troubles du caractère.

L'impulsivité se fit remarquer principalement par l'irascibilité et les actes de violence. Il lui prit par intervalles des colères au cours desquelles elle déchirait les draps et les serviettes. Elle levait la main sur ses parents et les sœurs de la rue de Vaugirard, chez lesquelles elle avait été placée, durent la renvoyer : elle cassait les carreaux, frappait ses camarades. Elle n'a jamais maltraité les animaux.

Elle dérobaît de l'argent qui lui servait à des dépenses excessives. Très généreuse, elle prodiguait à ses camarades les friandises qu'elle avait achetées. Quand son père et sa mère lui reprochaient ses vols, elle se montrait repentante, pleurait, mais recommençait sans tarder. Elle n'était pas menteuse. Turbulente, désobéissante, il était impossible de capter son attention.

Elle ne fit jamais aucune fugue.

Elle n'a pas présenté d'onanisme et n'eut pas de fréquentations suspectes avec les enfants du voisinage.

Depuis quelque temps, les parents ont remarqué que les colères alternent avec de véritables crises de tendresse pendant lesquelles elle est caressante et embrasse sans relâche.

Elle est devenue très coquette, a pris un ton maniéré, a des façons puériles dans sa conduite et dans sa conversation.

Depuis l'E.E. elle n'a pas eu de crises convulsives,

elle n'a pas uriné au lit. Elle a beaucoup engraisé. Elle mangeait beaucoup plus qu'avant la maladie, surtout du beurre et buvait de telles quantités d'eau qu'on était obligé de lui enlever la carafe, ce qui faisait qu'elle allait en cachette boire à la fontaine.

A l'asile, où elle s'est montrée exactement orientée, elle a répondu à nos questions avec docilité.

Elle est allée à l'école deux ans à Vitry, un an à Bicêtre. Elle ne fait pas d'erreurs dans la table de multiplication ; son écriture présente quelques incorrections ; en histoire, ses connaissances sont peu étendues et ses réponses se font lentement.

La mémoire est normale.

La conduite de Joséphine-Jeanne à l'asile est conforme à celle que les parents nous ont relatée. Elle est turbulente, ouvre les tiroirs, son attention est mobile, elle écoute les observations avec douceur, sans en tirer aucun profit.

Signes physiques. — Poids : 50 kg. 500. Infiltration du tissu cellulaire. Polysarcie. Face élargie et arrondie. Corps typhoïde imperceptible. Quantité d'urine normale.

Les pupilles sont dilatées et très paresseuses à la lumière.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

En présence de cette adiposité, nous avons fait examiner le fond d'œil. Aucun signe de compression cérébrale n'a pu être relevé.

L'examen de la vue a montré une diplopie par parésie du droit externe, reliquat probable de l'E.E.

Aucune malformation congénitale.

En novembre 1922, nous sommes venu réexaminer cette enfant, que le docteur Roubinovitch considère « atteinte de débilité mentale avec impulsions dangereuses ». Elle se met très souvent en colère, en proie à des impulsions violentes. Elle trépigne, se roule à terre, envoie des coups de poing dans les carreaux, se bat avec ses camarades. Elle ne frappe pas les animaux.

Elle est menteuse et voleuse, s'emparant de menus objets.

Elle n'a pas tendance aux fugues. Elle ne s'ennuie pas à la Fondation Vallée.

Elle est très gourmande.

Pas d'onanisme.

Elle dort bien la nuit, les rêves sont rares. Dans la journée, elle est somnolente ; après le déjeuner, elle fait une sieste.

Au point de vue intellectuel, elle sait compter jusqu'à 1.000, commet des erreurs dans la table de multiplication, ne sait pas faire les divisions les plus simples, ignore les notions élémentaires d'histoire et de géographie. Arriération pédagogique très nette.

D'après les tests de Simon, l'âge mental de cette enfant de 10 ans atteint 9 ans. Les tests de l'attention (test d'André Collin et test de Rogue de Fursac) sont exécutés à la première expérience.

Au point de vue physique : obésité avec infiltration de l'épiderme. Poids : 54 kg. 500. Boulimie.

Peu de signes neurologiques, à part la diplopie par parésie du droit externe.

Obs. 11. — D... Fernand-Alexandre, âgé de 13 ans, est entré à l'asile Sainte-Anne, le 30 octobre 1922, pour des « troubles graves de la conduite, du caractère, de l'agitation et de l'excitation par intervalles », signale le docteur André Collin, à la suite d'une E.E., soignée à l'hôpital Pasteur.

Le docteur Henri Colin, à l'admission, constate les mêmes « troubles du caractère, mensonges, fugues, vols. Instabilité. Emotivité morbide. »

A. H. — Nous avons pu interroger les parents. Le père et la mère sont en parfaite santé, ainsi que les deux frères du jeune malade. Il n'y eut aucun internement dans la famille.

A. P. — Fernand-Alexandre vint à terme pesant 3 kg. 800. Il parlait à un an, marchait à 17 mois. Il eut la varicelle à 7 ans. Le 6 janvier 1921, débuta une E.E. Il avait des crises de larmes. Il eut de l'hypersomnie pendant 3 mois. Le diagnostic n'a fait aucun doute pour le docteur Darré qui l'a traité à l'hôpital Pasteur. Il n'eut pas de secousses myocloniques. « Son regard était changé », nous dit sa mère. Jusqu'à cette époque, il était considéré à l'école comme un bon élève, intelligent, cité en exemple à ses camarades. Il était classé 15° sur 42. Sa mémoire a toujours été un peu lente. Il était doux, caressant, rempli de bonne volonté.

Il ne se remit jamais complètement de l'E.E. Immédiatement après la phase aiguë, il présenta de l'excita-

tion par intervalles. Il avait des crises de larmes. Il dormait le jour, restait éveillé la nuit. Il n'avait pas de cauchemars.

En juin et juillet 1921, il eut de l'incontinence d'urine la nuit. Sa famille essaya de le remettre à l'école, mais il y dormait et on ne pouvait tenir son attention en éveil. On le conduisit à la campagne fin juillet. Il s'y ennuya, sanglotant et ne donnant aucune explication.

En octobre 1921 apparurent les premiers troubles du caractère. Il devint exigeant, et lorsqu'il désirait un objet, n'avait de cesse qu'il ne l'eût obtenu. Il était sujet à des entêtements qui finissaient en violentes colères si l'on essayait de s'opposer à ses caprices. Ses traits se contractaient, et il frappait. Il a atteint sa mère au visage cependant qu'il se montrait caressant et affectueux entre les phases de colère et regrettait les actes qu'il avait commis. Rancunier, vindicatif, il cherchait querelle au maître d'école, faisant des scènes pendant la classe. Il jetait du pain d'épices par les fenêtres, lançait ses lunettes contre la cheminée, piétinait son chapeau dans la boue et, poussant un jour brutalement une petite fille, la fit choir sur la tête et la blessa. Le jeune Fernand se rend parfaitement compte de son état : « Je suis excité à tous moments. J'ai envie de casser tout. » Il convient qu'il est irritable et qu'il frappe ses frères, tout en sachant qu'il pourrait leur faire beaucoup de mal : « Je ne peux pas m'en empêcher », dit-il. La tendance aux impulsions domine chez le jeune malade.

Il n'a jamais frappé les animaux.

Il a fait des fugues nombreuses, mais jamais de longue durée. Il allait mendier dans la rue pour acheter des friandises, car il est devenu très gourmand. Il n'a pas fait de dettes. Il a commis plusieurs vols futiles, dix sous à ses parents, friandises chez le confiseur, etc.

Menteur et mythomane, sans riche imagination, du reste, il prétend que « des locataires faisaient des trous dans le mur pour lancer des saletés aux autres voisins ». Il s'est rendu une fois au commissariat de police pour se plaindre d'être maltraité par ses parents. Il y eut des plaintes de voisins contre lui, tant il était indiscret, curieux, moqueur et méchant, lançant des pierres dans leurs appartements.

Il ne présente aucune perversion sexuelle. Nous n'avons pas constaté d'onanisme.

En janvier 1922, il a manifesté l'intention de se tuer. Il a pris un couteau mais n'a pas mis son projet à exécution. Sa mère nous a relaté qu'il était sujet à de légers vertiges, sans perte de connaissance. Le fait de lever la tête l'étourdissait. S'il passait sur un pont ou regardait le faite d'une église, il avait le vertige, le regard vague, égaré. Il refusait de passer sous la tour Eiffel, craignant qu'elle ne s'effondre sur lui. Il avait dans sa famille de la salivation en parlant et du tremblement des mains. A partir de novembre 1921, il eut de l'anorexie. On lui fit des injections de cacodylate de soude et d'extraits glandulaires.

A l'asile, il est docile, oébissant, reste couché la plupart du temps et se montre nerveux dès qu'il est levé.

Il est obligé de faire de grandes promenades. Seul incident à signaler : il a frappé légèrement un jeune malade. Il ne joue pas.

Attention : test de Collin exécuté la première fois. Test de Rogue de Fursan correctement accompli.

Son instruction est rudimentaire. Les résultats de l'interrogatoire varient avec le moment où il a lieu. Tantôt les notions sont précises, tantôt il semble avoir oublié tout ce qu'il a appris autrefois. Il ne commet pas d'erreurs dans la table de multiplication et fait des calculs simples. Louis XV est mort en 1465. Il ignore l'année de la Révolution française. Le Portugal n'est pas en Europe. Il ne sait les capitales ni de l'Espagne ni de l'Allemagne. Il ne lit pas. Il ne montre aucune activité intellectuelle.

Nous n'avons pas constaté de salivation, ni d'incontinence d'urine.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Il n'existe pas de troubles respiratoires, pas de secousses myocloniques. Le sommeil est normal.

Les pupilles sont inégales, G.D. La pupille gauche est irrégulière et réagit faiblement à la lumière.

Ponction lombaire en novembre 1922 : albumine, 0,30 ; lymphocyte, 0 ; poul : 100 ; R.O.C. : 74.

Obs. 12. — B... Luis-Claude, âgé de 8 ans, entre à l'asile Sainte-Anne, le 13 janvier 1923, pour des « troubles moteurs et psychiques qui seraient consécutifs à une E.E. Il a des tics, de l'instabilité motrice, du tremblement, des périodes d'excitation et de somnolence »

qui nécessitent son internement. Tel est le certificat du docteur Wallon.

Le docteur Colin note : « troubles du caractère ; de l'instabilité ; des tics qui seraient consécutifs à une attaque d'E.E. survenue en 1919. Inégalité pupillaire. Tremblement. Torticolis. Mictions involontaires. »

A. H. — Rien à signaler. La mère a un garçon et une fille. Tous deux sont normaux.

A. P. — Il est né à terme, pesant 3 kg. 500 ; a eu sa première dentition à six mois ; a marché à 11 mois, a parlé à un an.

Coqueluche a 2 ans $\frac{1}{2}$. Rougeole à 3 ans. C'était un enfant normal, intelligent, ayant très bon caractère. A l'école Edgard-Quinet d'Aubervilliers, il apprenait avec facilité. Les maîtres étaient contents de lui.

En novembre 1919, il eut une E.E. qui débuta par une phase comateuse. L'enfant resta un mois au lit. Il était agité, prononçait des paroles sans suite, voyait des ombres au mur, des petits bonshommes qui dansaient sur le buffet. Il avait des clignements d'yeux, des tremblements dans les membres et présenta un syndrome d'hémiplégie gauche. Pendant la convalescence, il conserva le tic du clignement d'yeux. Il ne pouvait pas marcher. Il avait de la céphalée, du tremblement des mains, de l'incontinence d'urine nocturne.

En même temps que ces reliquats physiques, l'enfant eut des troubles du caractère, nettement consécutifs à l'E.E. Il devint coléreux et violent, donnant des gifles à sa petite sœur, grossier, turbulent, exigeant et taquin.

Sujet aux fugues, il allait chez les voisins, mentait, mais n'a jamais volé.

Il a été placé successivement un mois dans une colonie scolaire ; 3 mois aux Enfants-Malades où il a été constaté un léger ptosis de l'œil gauche, de l'inégalité pupillaire (D.G.) et 0,68 de glucose dans le liquide céphalo-rachidien ; 4 mois à Saint-Remy d'où il dut être renvoyé en raison de l'incontinence d'urine et des troubles du caractère (« mauvais et turbulent, menteur »).

Pendant notre interrogatoire, l'enfant a montré un esprit éveillé. Il sait les jours de la semaine, ignore les mois de l'année, fait des erreurs dans les additions élémentaires, présente pour son âge de l'arriération pédagogique. Il a une excellente mémoire, il n'a pas oublié les acquisitions anciennes. Il fixe parfaitement. Il va à l'école de l'asile de Vaucluse.

Test de l'attention : le test d'André Collin est correctement exécuté la première fois.

Il est sans cesse agité, ne pouvant rester assis, dansant et glissant sur le parquet. Il s'amuse à jeter des pierres par-dessus le mur de l'asile. Il a parfois, pendant la journée, des phases de somnolence. La nuit, il présente de l'insomnie.

Au point de vue physique, l'enfant se présente chétif, la tête inclinée vers la gauche, fixée dans cette position vicieuse, la bouche entr'ouverte. La voix est nasonnée. Rétropulsion.

Il existe de l'inégalité pupillaire D.G.

Réaction irienne très lente.

Les paupières battent en un clignement continu.
Voûte palatine ogivale. Dents crénelées.
Tremblement de la langue et des doigts.
Rigidité musculaire des membres supérieurs.
Signe de la roue dentée.
Hypertonie et spasmodicité des membres inférieurs. Pas de Babinski.
Exagération des réflexes rotuliens.
Pouls : 72. R.O.C. : 52 .

Obs. 13. — M... Maurice, âgé de 8 ans, entre à l'asile Sainte-Anne, le 20 août 1921. Le docteur Thibault, qui l'a soigné en mars 1920 pour une E.E. à début foudroyant, rédige le certificat d'entrée : « A la suite de cette maladie, l'enfant a présenté des troubles mentaux qui vont sans cesse en augmentant. Il lui prend des crises de colère au cours desquelles il devient dangereux pour ses frères et sœurs et pour les voisins. Il présente une hémiplégie spasmodique, du ptosis, un amaigrissement progressif. On ne peut le laisser seul une minute sans qu'il fasse les dégâts les plus invraisemblables. »

A. H. — Père bien portant. Mère morte (à 68 ans) à l'asile de Ville-Evrard, où elle était entrée pour « anémie cérébrale ».

Trois enfants en bonne santé.

A. P. — Maurice vint à terme; parla de bonne heure. Il eut la rougeole. A l'école, il était bien élevé, très doux, « le plus gentil des quatre », nous a dit sa famille.

En mars 1920, il eut du strabisme, des convulsions.

Il fut d'abord traité à l'hôpital Lariboisière où l'on pensait à une méningite cérébro-spinale. A l'hôpital Hérold, le docteur Barbier porte le diagnostic d'E.E. Il dort pendant 3 mois.

Revenu dans sa famille, il se mit à tout casser, surtout les glaces de l'appartement. Il fit des fugues, vola. Il jetait de l'eau bouillante sur son frère. La nuit, il ne dormait pas, il avait de l'onirisme.

Quand il est arrivé à l'asile de Vaucluse où nous avons pu l'examiner, il renversait les tables de nuit, cassait les carreaux, lançait les gobelets à la tête des infirmiers et se faisait remarquer par ses impulsions violentes.

Il essayait de se rendre intéressant devant les visiteurs, simulant des chutes les jours de visite.

Actuellement, il est sujet aux colères, égratigne son frère, tire les cheveux de sa mère quand sa famille vient le voir. Il est insolent, voleur.

Il est somnolent tout le jour, et la nuit s'endort dès qu'il a fini de dîner, se couchant toujours la tête au pied du lit. Il ne répond pas à la plupart des questions qu'on lui pose. Il se tient toujours la tête baissée. On est obligé de le faire manger. Il ne joue pas. Il passe son temps à déchirer du papier en menus morceaux.

Au point de vue intellectuel, cet enfant de 8 ans ne dépasse pas, d'après les tests de Simon, 3 ans $\frac{1}{2}$.

Aucun test de l'attention n'est exécuté.

Au point de vue physique, on constate la contracture en demi-flexion du membre supérieur gauche, la contracture de la main gauche avec exagération des réflexes

radial et tricipital de ce côté : il n'existe pas d'atrophie musculaire.

Le membre inférieur gauche est contracturé, avec exagération du réflexe rotulien. Clonus. Signe de Babinski. La marche est sautillante. Le malade court plutôt qu'il ne marche, sur la pointe des pieds et la tête baissée, comme s'il fonçait sur un obstacle. Le membre inférieur gauche est fréquemment secoué de secousses myocloniques.

Il existe du ptosis du côté gauche.

Pouls : 98 ; R.O.C. : 80.

Obs. 14. — M... B., âgée de 14 ans. Certificat du docteur Camus, 8 décembre 1921 : « Débilité mentale, avec troubles profonds du caractère, instabilité, tendance aux fugues, irritabilité, mythomanie, vols depuis deux ans, à la suite d'une poussée d'E.E. »

Les docteurs Briand et Nageotte, dans différents certificats, insistent sur les « troubles graves du caractère, les fugues, les mensonges » et la « débilité mentale légère ».

Voici l'observation de MM. Briand et Reboul-Lachaux :

« Sa sœur aînée nous l'amène parce qu'elle devient « très méchante » et ne veut plus s'occuper à quoi que ce soit. Placée comme apprentie couturière depuis quatre mois, on n'a pu la conserver dans aucun atelier « parce qu'elle ne tenait pas en place », elle « ennuyait le monde ». Emportée et coléreuse, elle trépignait et giflait sa sœur au moindre reproche, frappait ses petites

camarades. Elle volait, soit des objets sans valeur, soit des sous pour acheter des bonbons. « Très mauvaise langue », elle mentait effrontément, « inventait toutes sortes de choses », racontait aux voisins que sa sœur refusait de lui donner à manger et la maltraitait. Elle taquinait les animaux et surtout un chien de la maison, les frappait à coups de pied. Gabrielle devenait si insupportable que les voisins menacèrent de faire intervenir le commissaire de police si sa sœur ne se décidait pas à la placer. Celle-ci s'y résigna d'autant plus volontiers que l'enfant commençait à faire des fugues inquiétantes.

« A son arrivée, la malade se montra relativement docile. (Sa sœur lui avait dit qu'on lui mettrait une camisole de force.) Elle ne fait aucune difficulté pour avouer ses mauvais instincts. Elle ment par plaisir. Son niveau intellectuel est suffisamment élevé pour son âge, elle ne présente rien de somatique à signaler ; son enfance a été normale jusqu'en 1920. Son caractère était alors doux et docile.

« Au mois de décembre 1918, Gabrielle eut la « danse de Saint-Guy ». On l'hospitalisa à la Salpêtrière ; cette chorée dura plusieurs jours, accompagnée d'un petit mouvement fébrile. Bientôt apparaît un syndrome oculaire caractérisé par de l'inégalité et de la paresse pupillaires, une mydriase unilatérale pendant 2 semaines et de la diplopie. L'état léthargique est assez prononcé (l'enfant dormait la cuiller dans la bouche). Cette somnolence se prolonge jusqu'en mars 1919. A ce tableau s'ajoutent des rêves avec onirisme ou hallucinations

visuelles. Un Wassermann fait à la Salpêtrière fut négatif. Mais à la suite d'un examen du L.C.R., la sœur de la petite malade fut informée qu'il s'agissait d'une E.E.

« Nous n'avons aucun renseignement précis sur la jeune Gabrielle qui, jusqu'en septembre 1920, si ce n'est que l'enfant passa quelques semaines à la campagne avant de revenir à l'école. A son retour, elle se montra insupportable. Sa maitresse s'étonna d'autant plus de la voir ainsi que, les autres années, c'était une fillette studieuse et docile. Depuis son retour, elle tracasse tout le monde, ne s'intéresse à rien. Son caractère est tel que la directrice de l'école refuse de l'envoyer à la colonie de vacances avec les autres enfants.

« L'hérédité directe de Gabrielle est assez chargée ; la mère a été internée à Ville-Evrard en 1913, puis transférée à Pierrefeu (Var), où elle se trouve encore, pour « dégénérescence mentale, mélancolie et idées vagues de persécution ». Une grand'mère maternelle, internée pendant dix ans, est morte à l'asile de Limoges.

Nous avons pu examiner cette malade un an après avoir pris cette observation. Les troubles du caractère ne se sont pas modifiés. Ils atteignent la même intensité. Nous ajouterons que cette malade est gourmande. Il n'existe pas d'onanisme.

Elle présente de l'arriération pédagogique. Elle ne fait pas d'erreur dans la table de multiplication, mais elle croit que la prise de la Bastille eut lieu en 1870, que Charlemagne est enterré au Panthéon, ignore les

principales capitales. Cette enfant n'a pas d'arriération intellectuelle, d'après les tests de Simon.

L'attention est troublée. Test de Collin : négatif. Test de Rogue de Fursac : ne barre qu'une seule fois un A sur deux.

L'enfant a parfois de la somnolence dans la journée.

La pupille droite est plus grande que la pupille gauche.

La réaction irienne à la lumière est normale.

Pouls : 74 ; R.O.C. : 56.

Obs. 15. — C... Roger-Jean, âgé de 9 ans, est rentré à l'asile Sainte-Anne, le 22 juillet 1922, avec le diagnostic suivant du docteur H. Wallon : « Présente, depuis une crise d'encéphalite léthargique survenue il y a trois ans, des modifications respiratoires plus ou moins périodiques se traduisant alternativement par une respiration sifflante et bruyante avec cris intermittents et par des phases d'apnée avec cyanose progressive des lèvres, immobilité, impotence motrice mais sans perte de conscience ; il se montre excité et a besoin de surveillance et de soins qui rendent nécessaire son placement dans un établissement spécial. »

Le docteur Colin, à l'admission, note de « l'excitation psychique, avec turbulence, troubles du caractère consécutifs à une encéphalite léthargique. Troubles respiratoires. Vertiges avec pâleur de la face. »

Les parents n'eurent pas d'autre enfant. Le père est décédé de la grippe. La mère est en bonne santé. Elle eut une fausse couche. La sœur est morte épileptique

à l'asile d'Angoulême. Leur père était épileptique. Roger C... vint à terme, il a marché de bonne heure et n'a parlé qu'à deux ans. Il n'a pas eu de crises d'épilepsie et n'a jamais uriné au lit. C'était un enfant obéissant, peut-être un peu menteur, d'une intelligence vive, donnant toutes les apparences d'un être normal. Il allait à l'école et savait lire et écrire les lettres quand, en 1919, c'est-à-dire à l'âge de 5 ans, il présenta une hyperthermie que les médecins mirent d'abord sur le compte d'une méningite cérébro-spinale avant de faire le diagnostic d'encéphalite léthargique. Il présentait de l'hypersomnie, du strabisme, des convulsions sans qu'il eût jamais de secousses myocloniques.

Il paraissait guéri, on le remit à l'école, mais les troubles de l'attention frappèrent sa famille. Il ne put rien apprendre, devint menteur et voleur. Les crayons et les boîtes de couleurs étaient dérobés à ses camarades. Il avait des alternatives de colère et de calme. Il n'a frappé personne, n'a pas maltraité les animaux. A certains moments, on le voyait rêveur et pensif, le regard égaré. Il dormait mal et des cauchèmars, la nuit, lui arrachaient des cris.

Depuis un an, depuis 1921, sa famille a remarqué des troubles de la respiration qui consistent en phases d'apnée avec cyanose des lèvres et en reprises respiratoires bruyantes et rapides. Parfois — surtout pendant les périodes d'apnée — on lui parle et il ne répond pas. Il n'a jamais perdu connaissance et il peut rester debout pendant l'accès. Il s'est mis à crier depuis les premiers jours de juillet 1922.

A l'asile, nous constatons de l'arriération pédagogique. Cet enfant de 9 ans épelle les lettres et ne sait écrire que son nom. Il compte jusqu'à 50, se trompe dans les plus faciles additions et ignore la table de multiplication. Il a de l'histoire et de la géographie des notions rudimentaires, mais n'a pas de troubles de la mémoire, et ce qu'il sait, il le sait bien, l'histoire de Jeanne d'Arc, par exemple : Il ne présente pas de puérilité, n'a pas d'affaiblissement intellectuel et, à ce point de vue, donne l'apparence d'un arrêt, d'un retard dans son instruction et son éducation. Parfois même il surprend par des réflexions profondes et tristes, faisant preuve de précocité intellectuelle. Test d'André Collin bien exécuté. Les troubles du caractère dominent le tableau clinique. Il est menteur et voleur, fouillant dans la table de nuit des malades. Il n'est pas sujet aux fugues et n'est pas violent, mais il est taquin, insupporte ses voisins par mille taquineries. Il n'est pas irascible et n'a eu qu'une seule fois un geste impulsif : il a cassé un carreau sans raison apparente.

Il est turbulent, désobéissant, touche à tout et, quand on le prie de rester en place, se met à danser. Il ne s'ennuie pas à l'asile, montre à l'égard des infirmiers des sentiments affectueux et demande à m'embrasser. Il pleure facilement, sans motif, quand on l'interroge, par exemple.

A son entrée, en juillet 1922, il criait nuit et jour sans donner d'explication de son tapage et, depuis quelques mois, ses cris ne se produisent que la nuit. Ils sont aigus, comme rageurs et l'enfant ne nous dit

pas ce qui le force à agir ainsi. Ces cris ne peuvent être mis sur le compte de cauchemars, car ces derniers sont irréguliers et rares, avec zoopsies (serpents). Une seule fois — vers 3 heures de l'après-midi — le malade a eu de l'onirisme. Il voyait des bêtes minuscules qu'il cherchait à saisir.

Pas d'onanisme.

Signes physiques. — Les troubles de la respiration sont très caractéristiques. Lorsque nous avons examiné Roger C... pour la première fois, le 22 juillet 1922, nous avons été frappé par une phase d'apnée de durée variable pendant laquelle les joues pâlisent, les lèvres se cyanosent, deviennent turgescentes, laissant couler un filet de salive. Puis, brusquement, le malade fait une inspiration bruyante à laquelle succède une expiration soufflante. Le rythme respiratoire d'abord lent, se précipite, faisant alors songer au début du rythme de Cheyne-Stokes. Le facies devient vultueux jusqu'à ce que vienne une phase d'apnée, marquée par la vasoconstriction des vaisseaux. Depuis le mois d'octobre, ce rythme respiratoire n'a pas tendance à s'accélérer ; il est devenu plus régulier, demeurant à raison de 50 respirations par minute. Entre la tachypnée et l'apnée existent des périodes normales et régulières quant à la fréquence des mouvements respiratoires. Le pouls bat à 102. Le réflexe oculo-cardiaque est fortement positif, le pouls tombe de 102 à 64. Après les phases de tachypnée, l'enfant est fatigué : « J'ai besoin de dormir », dit-il, et les réponses qu'il fournit sont lentes et paresseuses. Ces troubles respiratoires subissent une

exacerbation nocturne et l'émotion accélère leur rythme, rend la respiration plus bruyante. Il arrive que les phases d'apnée, surtout sous une influence émotionnelle, se compliquent d'un vertige, durant environ 40 secondes, au cours duquel le malade a le regard vague, ne répond pas aux questions, mais ne présente pas de perte de connaissance.

Au cours de la tachypnée paroxystique, Roger C... a fréquemment des crises de larmes, se gratte, s'écorce, pousse des cris, surtout la nuit. Il serre les mâchoires, grince des dents, comme s'il avait un accès de rage et se mord la lèvre inférieure, laquelle est profondément ulcérée avec perte de substance. Le malade supplie qu'on lui arrache les dents de la mâchoire supérieure, tant il souffre.

Ces troubles respiratoires ne sont pas modifiés par la position couchée. La pupille gauche est plus grande que la pupille droite. La réaction irienne à la lumière est normale. Les réflexes rotuliens sont vifs. Ponction lombaire, le 28 octobre 1922. Albumine : 0 ; lymphocyte : 0 ; glycorachie légère.

Pression artérielle : 11 1/2 6.

SEMIOLOGIE

SEMIOLOGIE

I. — Troubles mentaux

Ces observations, malgré la diversité des symptômes qu'elles contiennent, demandaient à être groupées. Elles se laissent aisément comparer l'une à l'autre. Aussi, en reprendrons-nous les points principaux, afin de reconnaître si elles sont de nature à permettre un tableau d'ensemble.

Pour Truelle et Petit (1) : « Ce syndrome, qui est habituellement de longue durée, d'apparition tardive et qui s'accompagne, en général, de troubles organiques divers (syndrome parkinsonien, mouvements choréiformes, myoclonies, syndrome excito-moteur, etc.), a paru constitué par les principaux éléments suivants : excitation hypomaniaque taquine avec tendance au bavardage et même, le soir, à la fuite des idées ; insomnie avec excitation maniaque progressivement croissante jusqu'au milieu de la nuit ; sommeil tardif, matutinal, entrecoupé souvent de cauchemars, de frayeurs oniriques, de somnambulisme ; instabilité de l'attention ; impulsions subites à des actes pervers (taquinerie, farces méchantes, imputations calomnieuses, bris d'objets) ; accès subits de colère avec tendance aux actes violents et tentative de suicide à caractère impulsif ;

(1) Truelle et Petit. *Les troubles mentaux dans l'EE*. Congrès de Quimper (août 1922).

éveil précoce de la sexualité avec masturbation ; exhibitionnisme ou provocation à des actes hétérosexuels ou homosexuels. »

« Certains des éléments peuvent manquer dans certains cas ou tarder à apparaître ; mais, d'une façon générale, la physionomie de ce syndrome nous est apparue tout à fait caractéristique de l'E. E. chez les enfants ; nous en avons, d'ailleurs, retrouvé les éléments principaux incidemment signalés dans les descriptions de nombre d'auteurs (Abadie, Briand et Borel, Bremer, Reboul-Lachaux et Porc'her, Combemale, Vullien et Selosse, Cruchet, Dubourg, Hofstadt, Heitz, Mouriquand, Lamy et Martin, H. Roger, Aymès et Daumas).

« Ajoutons, cependant, que tous les cas publiés ne paraissent pas avoir la même valeur. Il y a, en effet, chez les enfants des difficultés d'interprétations spéciales, notamment en ce qui concerne les faits de perversités instinctives. »

Pour Lhermitte (1) : « D'humeur querelleuse, agressive, insupportable, l'enfant se fait comme un malin plaisir de taquiner, de persécuter son entourage ; il n'est pas jusqu'aux animaux qui pâtissent de son besoin de faire souffrir. Briand et Reboul-Lachaux ont rapporté une observation ayant trait à un enfant qui « s'amusait à écarteler les canards » ; dans une autre, il est noté que l'enfant s'acharnait à mettre les doigts dans les yeux des chiens et des chats, à leur tirer la queue. Il y a là plus qu'une ébauche de perversions instincti-

(1) Lhermitte. *Les formes prolongées de l'E.E.* Journal Méd. français, avril 1923.

ves. Mais celles-ci peuvent se manifester plus crûment encore. Telle malade observée par Mlle Lévy montait sur un arbre pour uriner sur les paralytiques qui s'y abritaient ; telle autre cherchait à diriger le jet de son urine dans sa bouche. Un certain nombre de perversions semble tenir en partie à un éveil précoce de la vie génitale et les perturbations plus ou moins grossières de la vie sexuelle ne se comptent plus : exhibitionisme, masturbation effrénée en public, incitation à la même perversion par les propos et par les gestes. Enfin, des modifications de même ordre peuvent porter sur l'instinct social ; et Briand et Reboul-Lachaux ont signalé non seulement des tentatives de coups et de morsures, mais de meurtre. Un malade cherche à étrangler un de ses voisins ; un autre s'efforce de défoncer le crâne d'un camarade en lui projetant un marteau ; un autre, enfin, tente pendant la nuit de retourner les lits et d'y mettre le feu. »

Nous croyons important de revenir sur les faits, afin de les préciser et de leur reconnaître, s'il y a lieu, des caractères distinctifs. Ces caractères nous serviront à discuter le diagnostic et à tenter l'esquisse d'un tableau d'ensemble du syndrome psychopathique.

Après avoir noté le mode d'apparition des troubles liés à l'E. E. aussi bien mentaux que physiques, nous étudierons l'agitation psycho-motrice et les troubles du sommeil. A ce sujet, nous dirons quelques mots de l'onirisme et du somnambulisme observés chez nos malades. Nous passerons en revue les vertiges épileptiques, les tics et nous insisterons sur les différents trou-

bles du caractère et de l'humeur qui nous ont paru devoir retenir l'attention : fugues, vols, mensonges et mythomanie ; actes impulsifs ; érotisme et perversions sexuelles. Les perturbations de l'émotivité et de l'affectivité nous retiendront et surtout nous discuterons la question de l'affaiblissement de l'intelligence en nous arrêtant, autant qu'il faudra, sur l'état des principales facultés intellectuelles.

Mode d'apparition des troubles. — Il n'est évidemment question ici que des troubles durables de l'E.E., ceux-là même que nous étudions dans ce travail. L'époque de leur apparition, par rapport au début de l'E. E., varie suivant que nous envisageons les troubles physiques ou les troubles psychiques. Pour les premiers, il existe, selon Mlle G. Lévy :

« 1° Des manifestations apparues au cours de l'épisode aigu primitif, qui persistent ensuite, isolément comme reliquats, après disparition de tous les autres symptômes ou de certains d'entre eux.

« Elles constituent alors des formes prolongées de l'E. E.

« 2° Des manifestations survenues à la suite de l'épisode encéphalitique primitif, en apparence terminé, parfois même passé complètement inaperçu.

« Celles-ci se produisent après un temps de latence dont la durée est extrêmement variable, pouvant être de quelques semaines et pouvant atteindre ou dépasser deux ans. »

Pour la plupart, ces manifestations sont d'ordre neu-

rologique et nous les étudierons au chapitre des signes physiques. Il pourrait sembler que les troubles hypnagogiques dussent être étudiés en tête de la symptomatologie physique ; cependant, nous les étudierons avec les troubles mentaux, parce qu'il n'existe pas de limite nette entre les simples troubles du sommeil et les perturbations excito-motrices d'allure psychique que nous avons parfois observées.

Quoique nous n'ayons pas personnellement observé les troubles mentaux à la phase aiguë de la maladie, la plupart des observations qu'ont rapportées les auteurs ont trait pour la plupart à des phénomènes de confusion mentale qui s'amendent en même temps que la phase hyperthermique décrite.

Nous n'avons jamais remarqué que cet épisode confusionnel se soit prolongé, réalisant un ensemble clinique analogue à ce que Régis a décrit sous le nom de confusion mentale chronique. Ce qui persiste, ce sont les troubles du sommeil avec agitation nocturne et les phénomènes d'onirisme qui caractérisaient la période aiguë de l'affection. Les modifications hypnagogiques et l'onirisme dont nous avons cité de nombreux exemples ne sont que la persistance, atténuée, il est vrai, et quelque peu estompée, du tableau clinique qui avait été réalisé lors de l'atteinte infectieuse aiguë. L'observation de Briand et Borel (1) est bien significative à ce sujet :

« Charles V... est entré à l'Admission le 9 juin 1920, venant de la Salpêtrière.

(1) M. Briand et A. Borel. Un cas d'E.E. avec onirisme nocturne et hypomanie chez un enfant de 9 ans. S.C.M.M., juin 1920.

« Il est âgé de 9 ans. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Il est né à terme ; ses parents sont bien portants et ont eu trois autres enfants vivants et bien portants.

« Il n'a jamais été malade avant le mois de janvier 1920.

« A cette époque, après quelques jours, où il se plaignit de céphalée et présenta de la torpeur, il fut pris de fièvre. Ses parents constatèrent « qu'il louchait ». Un médecin appelé conseilla l'envoi à l'hôpital, ses parents ne l'y conduisirent que quelques jours après, le strabisme ayant disparu rapidement. Il entre ainsi le 5 février dans le service du professeur Pierre Marie, où on diagnostique une encéphalite léthargique. Il y reste trois semaines environ, après quoi, le jugeant suffisamment amélioré, on le rend à sa famille. Les parents ne tardent pas à constater un changement notable dans son caractère.

« Antérieurement à son attaque, Charles était, en effet, un enfant appliqué et obéissant. S'il aimait à jouer comme les autres enfants, il jouait sagement était plutôt timide. Or, depuis son retour de la Salpêtrière, l'enfant, devenu beaucoup plus turbulent, jouait sans cesse, et d'une façon plus bruyante qu'à son ordinaire. Mais c'est surtout le soir que le changement apparaît manifeste. L'enfant ne s'endort que très tard dans la nuit, jamais avant 1 à 2 heures du matin. C'est à ce moment qu'il est le plus agité ; il ne peut plus rester dans son lit, rit, chante, s'amuse, n'obéit plus, enfin

se moque de ses parents, et, quelquefois, les injurie avant de s'endormir.

« Un autre phénomène frappe également ses parents. Le soir, quand il est au lit, il a parfois des peurs. Il montre, sur le mur, des ombres qu'il croit apercevoir, des hommes qui s'agitent : « C'est comme s'il avait un cauchemar », disent ses parents. Il se cache alors sous ses couvertures, ferme les yeux et supplie qu'on chasse « les hommes qu'il voit ». Pour le calmer, ses parents font le simulacre d'ouvrir la porte et de mettre les ombres dehors en les pourchassant ».

En juin, 5 mois après ces accidents, ce que constatent les auteurs, n'est guère différent de ce qui est noté plus haut :

« Le soir, tous ces signes s'accusent, l'excitation s'intensifie. C'est vers 7 heures qu'il commence à devenir plus agité. Il parle continuellement, appelant ses camarades de lit, interpelle les gardiens pour leur demander des futilités, ou pour leur raconter des histoires. Il leur dit ce qu'il a fait, ce qu'il fera, où il a habité, etc, etc... Il passe d'un sujet à l'autre. Il y a une véritable fuite des idées à certains moments. »

Si nous envisageons les troubles du caractère, le moment de leur apparition est beaucoup plus facile à préciser. Sans doute, il est des cas d'appréciation délicate. Dans l'observation 5, le processus infectieux, quoique le début remonte à janvier 1920, est encore en marche puisque récemment l'examen du liquide céphalo rachidien révélait : Pression 42. Albuminose : 0,35. Lymphocytes : 4 par cm³. Les troubles du

caractère ont apparu peu à peu en pleine évolution de l'affection. L'instabilité motrice et psychique a été observée chez Paul D.. (obs. 9) 3 mois après l'épisode primitif, alors que l'état général semblait être revenu à la normale. C. Roger, Jean (obs. 15) « paraissait guéri, on le remit à l'école, mais les troubles de l'attention frappèrent sa famille ». Il y eut donc une courte période de latence. Chez un malade de Macphail (1), elle dura 3 mois. En général, elle nous a paru faire défaut. Le changement de caractère éclate brusquement chez Joséphine D... (obs. 10) au moment précis où les signes physiques de l'affection ont disparu. Dans les observations que nous avons étudiées et dans nos observations personnelles, on peut dire qu'il n'a pas existé de convalescence de l'E. E. et que, au moment où elle était attendue, parfois même au moment où elle se réalisait du côté physique, les troubles mentaux ont révélé une face nouvelle de la maladie.

Agitation psycho-motrice. — Elle est vespérale et diurne.

1° L'agitation psycho-motrice vespérale est celle qui est la mieux connue des auteurs. A partir de 5 heures, en général, l'enfant a un besoin impérieux de mouvement. Il court, s'empare de tous les objets et les brise, déchire ses vêtements et les draps, fait des grimaces, a des accès de sputation. Les tics ont tendance à s'exagérer. La logorrhée alterne avec des cris.

(1) Macphail. Mental Disorder resulting from Encephalitis léthargica. Journal mental science. Avril 22.

Briand et Borel (1) ont donné à ces manifestations, le nom de troubles hypomaniaques. Argentine L. (obs. 2) avait autrefois des accès comparables. Ils ont été remplacés par des crises et des vertiges épileptiques diurnes. La nuit, le sommeil est redevenu normal. Roger C. (obs. 15) est turbulent, désobéissant, touche à tout et quand on le prie de rester en place, se met à danser. A son entrée à l'asile, en juillet 1922, il criait nuit et jour sans donner d'explications de son tapage et, depuis quelques mois, ses cris ne se produisent que la nuit. Ils sont aigus, comme rageurs, et l'enfant ne dit pas ce qui le force à agir ainsi.

2° En quoi consiste l'agitation psycho-motrice diurne? — Toutes les remarques des auteurs se répètent à ce sujet. B. André (13 ans). (MM. Massé et Bourgo (2), éprouve un besoin immodéré de se dépenser physiquement.

Des malades de Nobécourt (3), Harman (4), Anden (5); Leay et Sand (6), Cruchet (7), Hamel et Merland (8), sont remuants, turbulents, agités. Robert, 6 ans (Briand et Reboul-Lachaux, (9) crie sans cesse et se frappe la tête contre les murs. Son agitation s'ac-

(1) Briand et Borel. Loc. cit.

(2) Massé et Bourgo. Séquelles motrices et psychiques de l'E.E. Journal de Méd. de Bordeaux. 25 nov. 1921.

(3) Nobécourt. Soc. de Pédiatrie. 15 fév. 1921.

(4) Harman. Troubles psychiques de l'encéphalo-myélite épidémique. Thèse Bordeaux, 1920.

(5) Anden. Behaviour changes supervening upon encephalitis in children. The Lancet 1922.

(6) Leay et Sand. Mental disorders in children following Epidemic Encéphalitis. Journal américain. Méd. assoc. 1921, page 373.

(7) Cruchet. L.E.E. J. de Méd. de Bordeaux. 10 janv. 1921.

(8) Hamel et Merland. Séquelles d'E.L.S. C.M.M. Nov. 1922.

(9) Briand et Reboul-Lachaux. S.C.M.M. Déc. 1921.

centue le jour. — P. Robert, âgé de 12 ans (obs. 4) déchire les draps et ses vêtements. Il est le plus souvent turbulent. Dans les moments de répit, il a l'air triste et vieux. — Denis, 9 ans 1/2 (obs. 6) crie et gesticule, ne reste pas 5 minutes à la même place. — Raymond M., 7 ans, (obs. 8) est désobéissant, touche à tout. — Paul D., 9 ans (obs. 9) ne peut tenir en place. Il se lève de sa chaise malgré les ordres réitérés de ne pas bouger, touche à tous les objets, veut tout ouvrir et tout démonter. Turbulent, on le trouve partout où il ne doit pas être. Il va sans permission dans l'appartement du surveillant et, sans gêne, se sert des objets familiers. Il ne porte aucune attention aux observations ou aux menaces. — B. Louis, 8 ans (obs. 12), turbulent et taquin dans sa famille, s'est montré à l'asile sans cesse agité, ne pouvant rester assis, dansant et glissant sur le parquet. — M. Maurice, 8 ans (obs. 13) cassait tout chez lui et à l'asile renversait les tables de nuit, cassait les carreaux. Il est amélioré.

Ces cas dénotent une instabilité motrice et mentale morbide telle qu'on la rencontre rarement chez les enfants constitutionnellement anormaux, dont Bourneville, cité par Henyer, (1) disait : « Leur morbidité est exubérante. Ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant, sans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à un autre ». Le terme de « chorée mentale » donné à ces troubles, est plaisant à citer lorsqu'on lit l'obser-

(1) G. Heuyer. Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Th. de Paris 1914.

vation de J. Renault, Athanassio-Bénisty et L. Thibert (1). Il s'agit d'une enfant de 7 ans qui : « présente une instabilité motrice frappante, qui fait croire à première vue, qu'il s'agit d'une choréique. Elle s'agite, remue les membres, la tête, fait des grimaces. Mais si, par des ordres réitérés et certaines menaces, on arrive à la tenir tranquille et immobile pendant quelque temps, on se rend compte qu'elle ne présente aucun mouvement involontaire pouvant entrer dans les syndromes déjà connus (tics, spasmes, chorée, athétose, myoclonie ou tremblement). Son instabilité motrice est calquée sur son *instabilité psychique*, ou plutôt elle est causée par elle... »

Il y a longtemps que cette instabilité a été considérée comme la forme légère d'une constitution hypomaniaque (Chaslin). Une fillette de 11 ans, observée par Kirschbaum (2), est devenue impatiente, turbulente, d'un caractère joyeux et exubérant. Elle rit sans cesse, se montre heureuse de recevoir des amis, rend des visites. Elle a des troubles profonds de l'attention. L'intelligence est normale ainsi que l'établissent les tests de Binet et Simon (âgé réel, 11 ans, âge mental, 11 ans). Un tel tableau clinique, même avec les cas de Combemale, Vuillien et Selosse (3) et ceux de Briand, se présente assez rarement. Dans la plupart des observations, l'irritabilité, l'affaiblissement du sens moral,

(1) J. Renault, Athanassio-Bénisty, Thibert. Mouvements chroniques rythmés, consécutifs à l'E.E. Rev. Neur. 1921.

(2) Kirschbaum. Zeitschrift für die gesamte neurologie u. psychiatrie. Juillet 1921.

(3) Combemale, Vuillien et Selosse. E.E., troubles du caractère et hypomanie chez l'enfant. Echo méd. du Nord. N° 6, 1922.

le caractère impulsif des actes, la rapidité anormale des réactions; font penser à l'hypomanie. Cependant, l'agitation qui caractérise ce syndrome ne se manifeste que par crises passagères et le plus souvent vespérales ou nocturnes. Pendant la journée, l'instabilité ne traduit guère que l'exagération morbide des tendances normales de l'enfant. En dehors des paroxysmes d'agitation, l'examen intellectuel ne permet pas de déceler, outre la mobilité de l'attention, les troubles de l'association des idées et du jugement qui caractérisent l'hypomaniac. En un mot, l'activité psychique de la plupart des enfants que nous avons observés, dépasse de beaucoup l'automatisme intellectuel de l'hypomaniac. Sans doute, les troubles hypomaniacs, sont indéniables et remplissent parfois toute la symptomatologie. Mais dans une étude des formes prolongées de l'E. E. où nous avons constaté la disparition progressive presque complète des formes insomniques avec agitation psycho-motrice vespérale nocturne, les troubles hypomaniacs, lorsqu'ils existent, n'ont qu'une valeur symptomatique dans un syndrome morbide beaucoup plus complexe. Le fait qu'ils apparaissent par accès, peuvent guérir ou être absents au milieu d'autres troubles persistants, nous semble prouver l'exactitude de cette opinion.

Troubles du sommeil: — Dans une affection aussi polymorphe que l'E.E., la « léthargie » n'a pas la valeur d'un symptôme *sine qua non* de cette affection. Elle alterne fréquemment avec des phases d'insomnie nocturne, à ce point qu'on a reconnu l'existence d'une

forme insomnique de l'E.E. chez les enfants. Il existe même, — fait paradoxal, quand on parle d'E.E. — une insomnie à caractères spéciaux qui, à elle seule, doit attirer l'attention du clinicien sur la possibilité d'une forme prolongée de l'E.E.

Après un exposé général des troubles du sommeil qui peuvent se rencontrer dans l'E.E., qu'elle soit aigue ou prolongée, nous ne ferons que mentionner l'existence des troubles hypnagogiques dans les formes prolongées. Car leur symptomatologie est non seulement variée, elle est variable au cours de l'évolution.

Nous emprunterons à la thèse de Mlle Lévy (1), le tableau d'ensemble des troubles hypnagogiques, quitte à en dissocier ensuite les parties constituantes suivant les cas :

« L'insomnie n'est en général pas complète en ce sens qu'il n'y a guère d'impossibilité absolue de dormir.

« Mais elle peut revêtir différents aspects, à travers lesquels, d'ailleurs, subsistent certains caractères sensiblement constants : *le retard* de l'heure du sommeil pouvant aller jusqu'à *l'inversion du rythme du sommeil*, *l'agitation* pendant le sommeil nocturne, lorsque celui-ci est possible, la *diminution de la quantité* d'heures du sommeil dans l'ensemble, si l'on excepte les décharges compensatrices du sommeil qui surviennent de temps en temps comme nous le verrons plus loin.

« *Retard de l'heure du sommeil.* — Où bien l'enfant

(1) Mlle G. Lévy. Manifestations tardives de l'E.E. Thèse Paris 1922.

ne s'endort que vers le milieu de la nuit : 1 ou 2 heures du matin.

« *Agitation du sommeil nocturne* et fréquemment dans ce cas, le sommeil, lorsqu'il survient, est agité. L'enfant parle, chante, siffle en dormant, et garde, en somme, une partie de son excitation psycho-motrice de l'état de veille.

« Parfois même, on a pu constater des phénomènes de somnambulisme.

« *Inversion du rythme du sommeil.* — Ou bien l'enfant *ne s'endort pas de la nuit*, et tombe alors dans un sommeil profond vers 6 ou 7 heures du matin, après avoir passé une nuit entière dans un état d'agitation démoniaque.

« Quelquefois même, cette agitation dure encore toute la matinée suivante, après avoir débuté la veille au soir.

« Car, quelle que soit la forme de cette insomnie, elle s'annonce par une agitation *psycho-motrice vespérale*, qui survient tous les jours à heure fixe et sur laquelle on ne saurait assez insister comme symptôme caractéristique de la maladie.

« Vers la tombée de la nuit, le plus souvent vers 5 heures, parfois vers 7, 8 heures, l'enfant qui, fréquemment, semble tout à fait normal et gentil au cours de la journée, commence à s'agiter.

« Certains se mettent à parler sans arrêt, à courir, à s'emparer de tous les objets qui les environnent, pour les détruire.

« Fréquemment, réapparaissent alors des mouve-

ments choréïques, des secousses myocloniques, des crises de contracture des masséters avec grincement des dents, qui n'existaient pas pendant la journée.

« L'enfant fait des grimaces, se mouche, souffle éperdûment, se met les doigts dans le nez, se gratte, se frappe lui-même. »

Certains autres commencent à dire des mots orduriers, reniflent, crachent ou présentent des crises de polypnée bruyante.

Sommeil et somnolence diurne. — Lorsque la crise se prolonge ainsi, l'enfant s'endort ensuite d'un sommeil profond, irrésistible, que l'on a vu, dans certains cas, durer vingt heures.

En règle, cependant, l'enfant ne dort que quelques heures dans la matinée, car la crise cesse vers 6 heures du matin.

L'après-midi, l'enfant joue et semble normal.

Ou bien, il présente des moments de somnolence.

Ou bien encore, il continue, mais avec moins d'intensité, à souffler ou à respirer bruyamment, s'il s'agit d'une forme insomnique respiratoire, ce qui est extrêmement fréquent.

J. Comby (1) divise le cycle nocturne des troubles du sommeil, en 4 phases :

« 1° Dans la première partie de la nuit, les malades voudraient dormir, mais ils sont trop incommodés pour le faire ;

2° Dans la seconde, ils se résignent à l'insomnie,

(1) Comby. Séquelles nerveuses de l'E.E. Archives de médecine des Enfants. 3 mai 1923. Tome XXVI.

demandent leurs jouets, déchirent leurs draps, grimpent sur les meubles, font du bruit et se salissent ;

3° Plus tard, ils tournent vers la manie aigüe, et deviennent insupportables ;

4° Vers le matin, ils tombent dans un sommeil qui, survenant quand les autres enfants se réveillent, offre quelque chose d'anormal. »

L'insomnie avec agitation psycho-motrice, à la phase aigüe de la maladie, est une constatation d'ordre banal. Pour Picard, « dans la forme intégrale, l'insomnie est la règle ». Cependant, nous n'avons jamais personnellement constaté l'E.E. à l'état aigü. Certes, l'interrogatoire des familles témoigne que dans la plupart de nos observations, l'insomnie nocturne avec agitation psycho-motrice et délire, avait frappé les parents. Leurs renseignements sont trop vagues pour nous permettre d'assigner des caractères spéciaux à cette insomnie du début. Tout porte à croire qu'ils sont conformes à ceux cités plus haut. (Mlle Lévy).

Les troubles du sommeil dans les formes prolongées nous sont plus familiers. On ne saurait séparer de l'insomnie, l'agitation psycho-motrice, celle-ci étant la plupart du temps, cause de celle-là. Mais les différentes manifestations de l'agitation psycho-motrice, qu'elles eussent lieu le jour ou la nuit ont fait l'objet d'une vue d'ensemble. Nous ne voulons envisager ici que l'insomnie au sens littéral du mot sans nous préoccuper de sa cause ni des faits dont elle est remplie : le trouble du sommeil seul nous intéressera ici. A ce point de vue, nous envisagerons au cours des formes prolongées :

1° L'insomnie persistante chez les enfants qui présentent des troubles mentaux.

Consécutivement nous étudierons :

a) Le sommeil diurne qu'on pourrait appeler sommeil de compensation chez les sujets insomniaques ;

b) La somnolence diurne chez les enfants qui n'ont pas ou n'ont plus d'insomnie nocturne ;

c) Enfin, l'évolution de ces états : amélioration et guérison.

1° L'insomnie dans les formes prolongées de l'E.E., sans adjonction de troubles psychiques diurnes, a été relatée dans plusieurs observations de Francioni. (1) Hofstadt (2), chez 21 enfants, a vu à l'agitation nocturne succéder un sommeil matutinal calme de 5 à 6 heures. Pendant le jour, ces enfants paraissent normaux. « Par analogie avec les troubles du sommeil des maniaques et des catatoniques, note cet auteur, on pourrait dire psychose post-encéphalitique, mais le psychisme diurne normal des sujets s'y oppose. Peut-être s'agit-il d'une lésion du centre du sommeil ou d'une action toxique sur ce centre du virus persistant dans le système nerveux ».

Th. Reh (3) a noté chez un enfant de 7 ans 1/2, un état d'excitation psycho-motrice nocturne, contrastant avec un psychisme diurne normal. Branche (4) a

(1) Francioni Carlo. Sur un syndrome mental particulier consécutif à l'E.E. (Policlino méd. prat. N° 17, p. 575. 25 avril 1921).

(2) Hofstadt. Forme spéciale des troubles du sommeil consécutive chez les enfants à l'E.E. Münchner Mediz. Wochenschrift, 1921.

(3) Th. Reh. Revue médicale de la Suisse romande 1921. Agrypnie avec agitation nocturne chez les enfants.

(4) Branche. Troubles mentaux consécutifs à l'E.E. Thèse de Lyon 1922.

observé un enfant de 14 ans 1/2 (obs. 15) « atteint de troubles hypnagogiques nocturnes qui laissent la place à un état psychique sensiblement normal pendant la journée ;

2° Dans la 2^e catégorie de malades, l'agitation diurne connaît une recrudescence vespérale avec insomnie (Francioni (1) chez un enfant de 14 ans 1/2, Nobécourt (2) qui, après avoir eu une ébauche de syndrome parkinsonien présenta de l'hémichorée, puis une chorée généralisée, l'insomnie persista et le caractère devint détestable. Anden (3) (obs. 1), Kischbaum (4), (obs. IV), Briand et Reboul-Lachaux (5) (obs. IV, Robert) présentent des cas comparables au point de vue de l'agrypnie. D. Paul obs. 9) se réveille la nuit en sursaut, se lève de son lit. D. Fernand (obs. 11), 8 jours après l'E.E., avait encore de l'agrypnie nocturne. Elle a disparu, cependant que la somnolence diurne a continué comme nous le verrons.

C. Roger (obs. 15) à son entrée à l'asile en juillet 22, criait nuit et jour, sans donner d'explications de son tapage ; depuis quelques mois, il ne crie que la nuit, cris aigus, rageurs. Ces cris ne peuvent être mis sur le compte de cauchemars, car ces derniers sont fort rares. Ils coïncident, à partir de 6 heures du soir, avec une recrudescence de l'agitation et des troubles respiratoires, tels que nous les avons longuement étudiés.

(1) Francioni. Loc. cit.

(2) Nobécourt. Loc. cit.

(3) Anden. Loc. cit.

(4) Kirschbaum. Loc. cit.

(5) Briand et Reboul-Lachaux. Loc. cit.

Comme nous l'avons indiqué, les troubles du sommeil pendant la journée, peuvent se distinguer en sommeil diurne et somnolence diurne.

a) Le sommeil diurne, celui que nous avons proposé d'appeler sommeil de compensation, est la règle chez les enfants qui ont de l'insomnie nocturne. Il remplit en général la matinée encore que sa durée soit fort irrégulière. Parfois (Anden, Kirschbaum), il ne dépasse pas 6 heures dans la journée, mais c'est que dans ce cas l'insomnie n'a pas duré toute la nuit. Mlle Lévy et Rutimeyer ont observé des cas de sommeil

b) La somnolence diurne nous a paru devoir être différenciée du sommeil diurne de compensation parce que, coexistant avec un sommeil nocturne normal, elle marque que le trouble principal de l'E.E. n'a pas achevé d'évoluer. Ce n'est pas que certains enfants à sommeil nocturne normal ne puissent présenter un sommeil diurne vrai plusieurs mois après l'atteinte aigüe d'E.E. Un malade de 10 ans 1/2, étudié par Harman (1), a des crises de sommeil durant de 5 à 10 minutes qui reviennent fréquemment dans la journée. Il s'endort à table, les aliments dans la bouche. Le soir, il faut le déshabiller.

Ce sommeil diurne s'oppose au sommeil de compensation tel que nous l'avons présenté par la brièveté et la répétition de ses crises. Il se présente rarement. De plus, à mesure qu'on s'éloigne du début de l'affection, il a tendance à faire place à la somnolence. P. Laurent

(1) Harman. Loc. cit.

(obs. 5) somnole en classe, surtout à 10 heures et à 2 h. 1/2. M. B. (obs. 14). B. Louis (obs. 12). M. Maurice (obs. 13), sont somnolents pendant le jour. Le dernier malade s'endort le soir dès qu'il a fini de manger. Il se couche toujours la tête au pied de son lit. Pour D. Fernand (obs. 11), que nous signalons comme guéri de son insomnie nocturne, il continue à être somnolent tout le jour : il ne se plaît qu'au lit. La somnolence de P. Robert (obs. 4) ne survient pas par intervalles comme dans la majorité des cas. Elle dure pendant tout le cours de la journée. Du reste, elle a tendance à l'amélioration. Après, ce malade ne fournit aucune réponse. Il a le regard vague, l'air absent. Il s'agit là d'une sorte d'état crépusculaire. A ce propos, signalons que ces sortes de vertige ne doivent pas être confondus avec les phases de somnolence. L'obnubilation intellectuelle profonde, l'état vague du regard, les signes vaso-moteurs, la brièveté des crises feront penser au vertige. Même lorsque le malade a des vertiges, la somnolence ne présente vis-à-vis d'eux aucun rapport chronologique. Elle est un symptôme bien différent de la torpeur psychique qui peut accompagner les vertiges de ces enfants.

En résumé, nombreux sont les auteurs qui ont signalé l'insomnie nocturne avec agitation d'une part, le sommeil et la somnolence diurne d'autre part. Nous avons trouvé dans plusieurs de nos observations, des signes de l'une et de l'autre catégorie. Le fait que nos malades, récemment et fréquemment observés, ont pu être examinés plus longtemps après la phase aigüe de l'encéphalite que les autres auteurs n'avaient pu se per-

mettre de le faire, nous autorise les observations suivantes.

Si des troubles du sommeil nocturne sont notés, dans une certaine phase de la maladie, dans nos observations, ils cessent d'exister dans la plupart des formes longtemps prolongées. Nous en avons vu s'atténuer progressivement (obs. 4) pour disparaître tout à fait. Du reste Zella (1), qui a vu chez huit sujets de 12 à 17 ans l'agrypnie résister à tous les médicaments, a pu assister à sa disparition progressive et à la guérison définitive. Le malade de Roubinovitch (2), Barük et Bariéty, n'a plus ni somnolence diurne ni insomnie nocturne.

La somnolence diurne est beaucoup plus durable, encore que nous l'ayons vu s'atténuer peu à peu. Elle est dans plusieurs de nos observations le dernier vertige des troubles du sommeil.

Faut-il voir dans ces troubles persistants du sommeil, « une lésion du centre du sommeil ou une action toxique sur ce centre du virus persistant dans le système nerveux » (Hofstadt). Il est bien difficile actuellement, de se faire une opinion, puisque dans l'exemple de Roubinovitch, Barük et Bariéty, les troubles du sommeil guérissent, alors que les perturbations du rythme respiratoire persistent, la composition du liquide céphalo-rachidien continuant à être pathologique : (alb. 1 gr. 0, 35 de glucose. Pas de réaction cytologique. Pression : 35 au manomètre de H. Claude).

(1) Troubles du sommeil consécutifs à l'E.E. Prof. Zella de Florence (Revista de pathologia nervosa e mentale. Avril 1921).

(2) Roubinovitch, Barük et Bariéty. S.C.M.M. 8 nov. 1922.

Rutimeyer (1) a cru devoir faire remarquer que les troubles du sommeil chez les enfants, n'étaient jamais imputables à ce que Dejerine appelle la « phobie d'insomnie ». C'est bien notre avis. Cependant, cet auteur prétend avoir obtenu de bons résultats thérapeutiques par la suggestion dans le sommeil.

Nous nous rencontrons avec Rutimeyer pour porter sur ces troubles du sommeil, un pronostic favorable.

Somnambulisme. — Signalé par de Lisi (2), nous ne l'avons vu noté chez l'enfant, que par Anden (3). Il s'agit de 2 garçons de 10 ans qui présentent de l'excitation psycho-motrice nocturne. Un cas très net de somnambulisme post-encéphalitique, est celui de Maurice P. 18 ans, présenté par H. Colin (4), à la S.C.M.M. Nous le signalons bien que Maurice P. ne soit plus un enfant. Il a un symptôme parkinsonien avec tremblement généralisé et une impotence motrice des membres inférieurs, mais la nuit, il peut marcher et à deux reprises, il a tenté d'étrangler l'infirmière de veille ; elle aurait pu être tuée si un malade voisin ne lui avait porté secours. A l'asile Sainte-Anne, il a brisé des carreaux pendant une crise de somnambulisme. Ces accès pendant lesquels les infirmiers n'ont pas constaté de tremblement, s'accompagnent d'amnésie.

Onirisme. — Il a été fréquemment signalé à la

(1) Rutimeyer. *Über post encephalitische Schlafstörungen* Schwed. Med. Wochens N° 11, p. 7, 1921.

(2) De Lisi. *Sur le park insonisme post-encéphalitique*. Policlinico, t. XXVIII, 1^{er} décembre 1921.

(3) Anden (Loc. cit.).

(4) M. Colin E.E. et tremblement S.C.M.M. 18 décembre 1922.

période aiguë de l'E.E. Il n'y faut voir que l'expression de phénomènes toxi-infectieux. Nous n'en voulons pour exemple, que cette petite fille de 12 ans, examinée par Kirschbaum (1), qui voyait ses parents monter au ciel et une étoile tomber sur un toit en flammes et la malade de Briand et Borel (2) qui montrait sur les murs des ombres d'hommes agités. Il se cachait sous les couvertures et suppliait de chasser ces individus. MM. Marcel Briand et Fribourg-Blanc, montrèrent à la Société de Psychiatrie « l'importance de l'onirisme comme signe de début dans le diagnostic de l'E.E. ».

Ce qui est intéressant, c'est la persistance de l'onirisme. Ainsi ce malade 6 mois après la phrase aiguë de l'onirisme, alors que l'état physique est rétabli, a encore des illusions et des hallucinations visuelles. Ce sont des hommes ou des femmes habillées de rouge. L'enfant se rend compte que ce ne sont là que visions, que « figures de rêves ». Il ne devrait pas avoir peur. Il semble chez ce malade que l'onirisme soit la dernière manifestation toxi-infectieuse d'un organisme redevenu normal. Deux ans après l'E.E., Paul D. (obs. 9) a un sommeil irrégulier et chaque nuit des frayeurs le font se lever du lit. Depuis quelques mois seulement a cessé l'onirisme avec zoopsies de Robert P. (obs. 4), atteint d'E.E. en février 1920. Roger C. (obs. 15), trois ans et demi après l'encéphalite, a parfois des cauchemars avec visions de serpents. Une seule fois — vers 3 heures de l'après-midi — il a eu de l'onirisme diurne.

(1) Kirschbaum. (Loc. cit.)

(2) Briand et Borel (Loc. cit.).

Il voyait des têtes minuscules qu'il cherchait à saisir. Aucun de ces trois enfants n'a un état physique absolument normal. Ainsi qu'il est permis de le constater, les cas d'onirisme dans les formes prolongées de l'E.E. sont rares.

Vertiges. Absences. — Nous avons observé chez le plus grand nombre de nos malades des phases de durée variable, pouvant aller de 40 secondes à plusieurs minutes, au cours desquelles l'enfant devient brusquement immobile, le regard fixe, la physionomie hébétée. Il s'arrête de parler, ne répond plus aux questions, ne paraît pas capable d'y prêter attention. Les opérations psychiques sont suspendues. L'accès passé, ou bien l'enfant reprend la conversation sans que rien ne subsiste du malaise, ou il reste un certain temps obnubilé et très lent dans les processus psychiques. Parfois le seul fait de lever la tête, de regarder le faite d'une église (obs. 4) détermine une sensation d'éblouissement et d'étourdissement. Souvent pendant l'absence, la tête s'incline en avant (obs. 4, 6, 11). Un enfant (obs. 6) demande à sa mère : « Tiens-moi, je vais tomber. Je ne peux pas me tenir. » Mais chez lui ce vertige ne s'est jamais accompagné de perte de connaissance.

Mlle Lévy a vu cette obnubilation passagère tantôt succéder à un accès de soufflement nasal, tantôt le précéder (obs. 66). « En janvier 1921, on a remarqué que, par moment, l'enfant se mettait à souffler violemment par le nez. Depuis février, cette soufflerie présente un caractère de véritables crises : l'enfant

souffle sans cesser, parfois jusqu'à ce qu'il tombe. Ces crises surviennent plusieurs fois dans la journée; parfois la nuit. Les parents disent qu'elles ne se produisent pas, et même qu'elles s'interrompent lorsque l'enfant est distrait. Le père décrit lui-même la crise dans les termes suivants : C'est un tic ininterrompu qui consiste à souffler bruyamment du nez et par saccades. Les bras restent engourdis, inactifs, les extrémités froides. Une indifférence presque totale. Impossible de faire cesser le soufflement, même priant, grondant ou menaçant. A ses moments de tic, il ne semble pas entendre ni voir autour de lui ; les yeux restent fermés. »

Par moment, il survient des crises de « catatonie ». Il paraît absent et se met à bâiller éperdument. On lui parle, il ne répond pas. Il ne parvient pas à remuer... Cette crise dure plusieurs minutes et se termine brusquement par la reprise du soufflement.

Dans l'intervalle des troubles respiratoires, Roubinovitch, Barük et Bariéty ont décrit chez leur malade des phases d'inhibition durant environ une minute. La respiration est à peu près suspendue, la reprise de l'activité s'accompagne en général de la polypnée spéciale à cet enfant.

Les phases d'apnée de Roger C. (obs. 15) se compliquent souvent, surtout sous une influence émotionnelle, d'une absence durant environ 40 secondes, au cours de laquelle le malade a le regard égaré et ne répond pas aux questions.

Faut-il rapprocher ces états qui tiennent tantôt du vertige, tantôt de l'absence, tels qu'ils sont décrits dans

l'épilepsie, du cas d'Argentine L. (obs. 2). Elle ne perdit jamais complètement connaissance, mais les médecins qui l'ont observée à Berk, en mai 1920, trois mois après l'E.E., ont prononcé le mot d'épilepsie pour des crises se reproduisant deux fois par semaine, selon un certain rythme par conséquent, avec agitation avant l'attaque, obnubilation, écume aux lèvres et sommeil après la crise. Nous croyons tous ces états comparables les uns aux autres. Sans doute, Mlle Lévy n'a jamais rencontré l'épilepsie. Sans doute, nous n'en avons qu'une observation probante (obs. 2), mais comment admettre par exemple que les absences de Roger C. (obs. 15) aient une pathogénie différente de celles des absences comitiales, surtout quand nous avons signalé l'hérédité épileptique de cet enfant. Guillaïn (1) a vu un cas d'E.E. ayant débuté par une crise épileptique typique. Nous avons tendance à croire les phénomènes que nous venons de relater chez nos malades, de même nature que les accidents épileptiques. Ce n'est, du reste, qu'une hypothèse.

Tics. — Pour Chaslin, les tics les plus fréquents sont le clignement des yeux, des sourcils, les mouvements des lèvres et de la langue, le grincement des dents, le reniflement, le hochement de tête, le haussement des épaules, le claquement des doigts, le grattage du nez, le balancement de la tête, du tronc, le léchage des lèvres, le rongement des ongles (« onychopagie »), l'arrachement des cheveux, des poils, de la moustache

(1) Guillaïn. Soc. Méd. Hop. 15 oct. 1920. E.L. avec crise épileptique initiale.

(« trichotillomanie »), le grattage d'une partie quelconque du corps.

Le clignement des yeux existe dans notre observation 12. Les mouvements de la langue qui roule dans la bouche sont signalés dans notre observation 4, ainsi que le claquement des doigts.

Le tic du grattage se rencontre soit en rapport avec des poussées prurigineuses, soit à titre de lésion psychique.

MM. Briand et Porcher (1) ont vu une fillette de 10 ans qui contracta un tic de grattage à l'occasion d'une poussée prurigineuse, avec éruption herpétique au niveau de la base du thorax. Un malade de 14 ans, étudié dans la thèse de Branche, a une éruption faite de pustules prédominant aux épaules et au tronc... « Il s'agissait de simple pyodermite d'origine externe, l'enfant étant porteur de poux. Il guérit et, cependant, il se livre parfois à des actes bizarres dont il ne garde pas le souvenir, rapides et qui impliquent un certain degré d'anesthésie d'origine mentale ; il s'est gratté les ongles des orteils jusqu'à se faire saigner... Plus tard, il continue à se mutiler les orteils, il lui manque actuellement les ongles des 2^e et 3^e orteils du pied gauche.

Nous passons dans cette observation d'un grattage dû à des lésions prurigineuses au tic purement psychique. Duvernay (2), cité par Mlle Lévy (3), signale chez un enfant « un besoin véritable de se frotter jus-

(1) Briand et Porcher. Séquelles d'E.E. S.C.M.M. Août 1921.

(2) Duvernay. Société méd. des hôp. de Lyon. 8 juin 1920

(3) Mlle Lévy. Loc. cit.

qu'au sang le pourtour des divers orifices du corps, les yeux qui deviennent rouges et tuméfiés, le nez où le malade arrive à entrer le pouce, les oreilles qu'il fait saigner, l'anus enfin qu'on trouve au matin dilaté de la largeur du poing, les lèvres qu'il dilacère, la bouche où il s'arrache deux dents. » Denis (obs. 6) se mord les poignets, s'écorche et des cicatrices sont apparentes. Paul D. (obs. 9) se suce le dos des mains, ainsi que Gabrielle (André Collin, Tobolowska et Requin (1). Un petit malade d'Anden (2) se mord et s'écorche.

Le tic de sputation a été signalé par nous (observations 2 et 3).

Nous avons étudié les tics respiratoires en même temps que l'ensemble des troubles de la respiration.

Nous avons parlé au chapitre des manifestations organiques de l'attitude de tête en flexion, chez les malades de Hamel et Merland (3) et dans nos observations 6, 12 et 13. Nous avons rapporté l'opinion de Claude sur la nature, à son avis organique, de ce qu'on désignait jusqu'à ce jour sous le nom de torticolis mental.

Fugues. — Il existe des fugues en quelque sorte excusables. Ce sont celles des enfants qui fuient les mauvais traitements de leurs parents ou un foyer inhospitalier. Nos renseignements nous permettent dans nos cas de réfuter cette cause d'erreur. Les parents des enfants que nous avons observés étaient pleins de sollicitude pour leur petit malade.

(1) André Collin, Tobolowska et Requin. Séquelles d'E.E. Soc. Méd. Psych. Juin 22.

(2) Anden. Loc. cit.

(3) Hamel et Merland. Loc. cit.

Bien que nos observations fassent mention de vertiges souvent et d'épilepsie quelquefois, nous sommes en mesure d'affirmer qu'il ne s'agit pas de fugues par impulsion inconsciente avec amnésie.

Jamais nous n'avons rencontré l'impulsion irrésistible et l'amnésie consécutive qui, pour certains auteurs, caractérisent la fugue.

Les fugues que nous avons en vue nous paraissent traduire un état morbide de l'activité qui se révèle par l'instabilité motrice et psychique de ces malades. Aussi en parlons-nous immédiatement après les phénomènes d'agitation qui ont été décrits sous le nom de « syndrome excito-moteur » (1).

Anden (2) a observé une fillette de 10 ans qui a l'habitude de se sauver par la fenêtre, une autre de 9 ans sujette également aux fugues. MM. Lucien Massé et G. Le Bourgo (3) signalent un enfant de 13 ans qui, un an après une encéphalite survenue le 26 février 1920 « refuse d'obéir, s'échappe continuellement de la maison, semble éprouver un besoin immodéré de se dépenser physiquement » et qui, placé à l'hôpital des Enfants, fait une fugue au bout de 17 jours d'hospitalisation. Denis, 9 ans et demi (obs. 6) ; Fernand, 13 ans (obs. 11) ; M. Maurice, 8 ans (obs. 13) ; B. Louis, 8 ans (obs. 12) sont sujets aux fugues. Charlotte B., 8 ans (obs. 7) « à moitié habillée, va dans les rues, au marché, dans les magasins, malgré la défense expresse de

(1) Mlle G. Lévy. Loc. cit.

(2) Anden. Loc. cit.

(3) Lucien Massé et G. Le Bourgo. Loc. cit.

sa mère... Elle s'est enfuie d'une institution de Montrouge où elle avait été placée, enfuie d'une maison religieuse de Bourges. Un soir, à 8 heures, elle enjambe la fenêtre de l'appartement, quitte Saint-Denis, se fait payer le ticket de tramway et, trouvée errante à Paris, est conduite au commissariat de Police. » Raymond M., 7 ans (obs. 8), « se sauvait du domicile de ses parents et se rendait chez des voisins. Il ne rentrait pas seul au logis, il fallait le chercher dans les rues. Sans gêne, il pénétrait dans les maisons étrangères et y mangea une fois une côtelette entourée de pommes de terre frites ». Paul D., 9 ans (obs. 9), ne songe qu'à s'échapper de l'école et du domicile de ses parents.

Tel est le caractère des fugues que nous avons observées. Cependant, Tinel (1) en a observées, à propos desquelles, si elles sont parfaitement « conscientes et parfois même préparées avec assez d'astuce », on remarquera cependant qu'elles coïncident souvent avec une défaillance momentanée de l'attention, de la mémoire et du sens critique », et Tinel se demande si ces actes « ne peuvent être regardés dans une certaine mesure comme l'équivalent atténué des crises de somnolence ou de léthargie. »

Vol. — Gabrielle , 13 ans, volait « soit des objets sans valeur, soit des sous pour acheter des bonbons », ainsi qu'une fillette de 10 ans, vue par Anden (2). Do-

(1) Tinel. Syndrômes névropathiques et encéphalite léthargique. Journal méd. français. Avril 1873.

(2) Anden. Loc. cit.

nald Paterson (1) cite le cas d'un enfant qui, en février 1918, à l'âge de 11 ans, eut une E.E. avec confusion mentale, stupeur et léthargie pendant 5 semaines. La mère remarqua un changement de caractère qu'elle attribua à la maladie. Son fils était autrefois normal, intelligent et docile. Paterson l'a examiné en 1921. Il a été plusieurs fois inculpé de vol et la police le considère comme un incorrigible voleur. Son intelligence ne paraît pas altérée. Un enfant de 8 ans et demi (obs. 11), signalé par Lealy et Sand (2), serait devenu voleur à la suite de l'E.E. Le malade de Massé et Bourgo (2), que nous avons vu fugueur, commet de menus vols chez les voisins.

P. Robert (obs. 5) a volé des bonbons et du lait dans l'épicerie où il avait été placé et où il n'est resté que huit jours. Il a essayé de dérober un modèle de dessin. Denis, 9 ans et demi (obs. 6), a « volé des crayons à ses camarades et, à l'intérieur de l'asile, a dérobé du chocolat ». Raymond M., 7 ans (obs. 8), pénètre chez les étrangers et mange une côtelette aux pommes frites. Il vole aux devantures des oranges et des amandes. mais un sou trouvé, il le rend à sa mère. Paul D., 9 ans (obs. 9), « fouille dans les tables de nuit des malades et s'empare de ce qui lui convient. Chez le surveillant de l'asile, il dérobe des plats sucrés ». Joséphine D., 10 ans (obs. 10), dérobait de l'argent qui lui servait à des dépenses excessives. Quand son père et

(1) The after affects of epidemic encephalitis in children, by Donald Paterson et J.C. Spence. The Lancet 1921.

(2) Lealy and Sand. Loc. cit.

(3) Massé et Le Bourgo. Loc. cit.

sa mère lui reprochaient ses vols, elle se montrait repentante, pleurait, mais recommençait sans tarder. A la Fondation Vallée, elle s'empare de menus objets. D. Fernand, 13 ans (obs. 11), a volé 10 sous à ses parents, des friandises chez les confiseurs. M. Maurice, 8 ans (obs. 13), C. Roger, 9 ans (obs. 15), sont devenus voleurs, ce dernier préférant les crayons et les boîtes de couleurs.

En résumé, vol jusqu'alors futile, vol familial, vol scolaire. Aucun caractère particulier. Ni l'intelligence, ni le caractère n'entrent en jeu pour inhiber la tendance. Chez les instables que sont les enfants ayant été atteints d'E.E., l'aptitude à résister est singulièrement amoindrie.

Mensonge et mythomanie. — Il est difficile de faire du mensonge un symptôme pathologique chez l'enfant, quand celui-ci se borne à nier un acte commis dont il redoute les conséquences ou à donner d'une faute une excuse erronée. C'est la répétition du mensonge rebelle aux remontrances et aux punitions, qui nous paraît une anomalie du caractère. Aussi signalons-nous P. Robert (obs. 4), C. Roger (obs. 5), B. Louis (obs. 12), P. Laurent (obs. 5) comme des menteurs habituels.

La mythomanie, qui comprend le mensonge vraiment pathologique, désigne la tendance morbide à l'altération de la vérité, à la fabulation imaginative et à la simulation. Dupré (1) en reconnaît 3 sortes : « la hâblerie fantastique, l'auto-accusation criminelle et la simu-

(1) Dupré. La mythomanie Etude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides. Progrès médical, 25 mars 1915.

lation d'attentats et de hâblerie ». Nous n'avons rencontré que cette troisième forme. Briand et Reboul-Lachaux (1) signalent trois enfants sujets aux récits imaginaires. Une petite fille de 12 ans, présentée par M. Briand (2) et sur laquelle nous reviendrons quand nous envisagerons la question médico-légale de l'E.E., « ameutait par ses cris les habitants de sa maison, se posait en enfant martyr, elle accusait son père et sa mère de la maltraiter, de la priver de nourriture, etc. » Raymond D., 7 ans (obs. 4), dit qu'il n'a plus de mère, qu'on ne lui donne pas à manger. Denis, 9 ans et demi (obs. 6), déclarait être frappé par son père. Charlotte B., 8 ans (obs. 7), invoque des raisons analogues pour expliquer ses fugues. Raymond M., 7 ans (obs. 8), allait, racontant que sa mère était morte. Paul D., 9 ans (obs. 9), va se plaindre aux passants que son père veut le tuer. D. Fernand, 13 ans (obs. 11), s'est rendu au Commissariat de police pour se plaindre des locataires « qui faisaient des trous dans le mur pour lancer des saletés aux autres voisins » et de son père qui le maltraitait.

Actes impulsifs. — Nous comprenons dans un même chapitre un ensemble de manifestations diverses, parce qu'elles sont, la plupart du temps, réunies au point de vue clinique et parce qu'elles ont toutes une origine automatique:

(1) Briand et Reboul-Lachaux. Loc. cit.

(2) Briand. Les troubles mentaux de l'E.E. au point de vue médico-légal. Acad. de Méd. Nov. 1921.

Les crises de colère que nous trouvons dans la plupart des cas se développent dans des conditions telles qu'elles supposent une irritabilité singulièrement morbide. La remontrance la plus atténuée, l'objection la plus doucement prononcée suffisent à leur déclenchement. Parfois, rien ne semble les avoir provoquées et elles traduisent l'excitabilité pathologique du système nerveux. Nous montrerons chez certains enfants une fragilité émotive qui se révèle par des crises de larmes incoercibles et en apparence non motivées. La sensibilité de ces enfants nous fait assister à des troubles de la sphère émotionnelle et volitionnelle et nous nous trouvons en présence d'une sorte de susceptibilité aussi bien psychique que physiologique.

C'est sur ce terrain que se développent les impulsions à détruire et à frapper. « Tout fait psychique tend à s'associer ceux qui, avec lui, peuvent former un système, et en même temps à empêcher de se produire et de se développer ceux qui ne peuvent s'harmoniser avec lui pour une fin commune. Il n'en est pas ainsi lorsque, du fait d'un trouble acquis..., il vient à se produire un état plus ou moins accentué de dissociation, de désagrégation psychique. Le fond de synthèse mentale s'affaiblit et certains faits psychiques tendent à devenir autonomes et finissent même par être prépondérants. S'il est vrai qu'à l'état normal l'idée tend déjà naturellement à se transformer en mouvement, il s'ensuit que, dans les cas pathologiques, cette tendance se trouvera simplement facilitée, le mouvement se produira de lui-même presque totalement,

l'acte réfléchi fera place à l'acte impulsif » (Séglas). Les impulsions auxquelles nous avons affaire ne sont ni exclusivement automatiques ni obsédantes ou conscientes. Elles sont liées à des motifs affectifs, souvent insignifiants.

Un malade de 13 ans de Massé et Le Bourgo (1) « essayait de battre les infirmiers ou les autres malades. Il a voulu enfoncer les volets de la fenêtre de la chambre où il était enfermé ; il frappait violemment à la porte, criait à tue-tête.

Raymond D., 7 ans (André Collin, Tobolowska, Requin (2), a des accès de colère. « Il pique ses camarades à la face et au cou avec le bec de sa plume ». Gabrielle C., 15 ans (idem), devient coléreuse, lève la main sur sa mère. Kirschbaum (3) a observé un garçon de 14 ans violent, insolent, coléreux ; une fillette de 5 ans qui battait les enfants, les griffait, les mordait, se cachant pour épier le moment où elle pourrait, sans être vue, leur lancer du sable et des pierres. Un malade de 10 ans, appartenant à Harman (4), a aussi de violentes colères. Une fillette de 10 ans (Anden) (5), coupe les draps et ses vêtements, arrache les rideaux. Deux enfants de 8 ans (Sand) (6) sont impulsifs.

Chez le malade de Roubinovitch, Barük et Bariéty (7), « les troubles du caractère sont très marqués. L'en-

(1) Massé et Le Bourgo. Loc. cit.

(2) André Collin, Tobolowska. Loc. cit.

(3) Kirschbaum. Loc. cit.

(4) Harman. Loc. cit.

(5) Anden. Loc. cit.

(6) Lealy and Sand. Loc. cit.

(7) Roubinovitch, Barük et Bariéty. Loc. cit.

fant est méchant, querelleur, ne veut pas obéir ; une infirmière lui ayant dit de se coucher, il la frappe violemment à coups de poing : « Je m'en fous, dit-il, ils ne m'auront pas ». Il urine volontairement au milieu de la chambre pour ennuyer le personnel. »

Charles ., 9 ans (Briand et Borel), est « irritable, ironique et violent. Un soir, il frappe une infirmière, brise un carreau, casse différents objets, injurie le personnel ». Il se montre violent et cherche à frapper l'entourage. Germaine B., âgée de 7 ans et demi (Hamel et Merland), est devenue méchante, menteuse, violente, malpropre. Georges M., 9 ans (obs. 1), eut des crises de colère tant à l'école qu'au foyer familial, au cours desquelles il trépignait, hurlait et frappait ses parents. Il regrettait aussitôt que commises ses impulsions violentes. G. Armand, 7 ans (obs. 3), à son arrivée à l'Asile, avait des colères et commettait des actes impulsifs, jetait ses aliments à la tête de tout le monde. Il est amélioré. P. Robert, 12 ans (obs. 4), sujet aux colères, frappait son jeune frère et lève encore la main sur ses camarades, sans que ces violences atteignent une grande intensité. Il déchire les draps. Quand il n'est pas turbulent, il a un air triste et vieux. P. Laurent, 13 ans (obs. 5), est souvent grossier. Il insulte le maître d'école qu'il traite de « c... ». Il trépigne, devient violent, frappe ses camarades. Denis, 9/2 (obs. 6), est susceptible à l'excès. Il casse des carreaux, se mord les poignets et s'écorche (cicatrices). Charlotte B., 8 ans (obs. 7) à des colères, au cours desquelles elle trépigne et s'arrache les cheveux. Il lui est arrivé de giffler la mai-

tresse d'école, mais elle n'a jamais frappé sa mère. Paul D. 9 ans, (obs. 9) bouscule tout le monde, ne respecte rien. Il n'est pas violent. Joséphine D. 10 ans, (obs. 10) eut des colères au cours desquelles elle déchirait les draps et les serviettes. Elle levait la main sur ses parents et les sœurs de la rue de Vaugirard chez lesquelles elle avait été placée durent la renvoyer. A l'asile, elle trépigne souvent, se roule à terre, envoie des coups de poing dans les carreaux, se bat avec ses camarades. Elle ne frappe pas les animaux. B. Louis, 8 ans (obs. 12) devint coléreux et violent, donnant des giffles à sa petite sœur, grossier, turbulent, exigeant et taquin. M. Maurice, 8 ans (obs. 13) se mit à tout casser dans sa famille, surtout les glaces de l'appartement. Il jetait de l'eau bouillante sur son frère. A l'asile, il est insolent. Quand on vient le voir, il égratigne son frère, tire les cheveux de sa mère. B. 14 ans (obs. 14) très emportée, gifflait sa sœur au moindre reproche, frappait ses petites camarades. Elle taquinait les animaux et surtout un chien de la maison, les frappait à coups de pied. C. Roger, 9 ans (obs. 15) malgré des alternatives de colère et de calme, est peu irascible. Il n'a eu qu'une fois un geste impulsif ; il a cassé un carreau sans raison apparente.

Voici des actes impulsifs d'un caractère plus grave :

Un enfant de 10 ans, vu par Macphail (1) sujet à de vraies colères, enlève un couteau des mains de sa mère et tente d'en frapper son frère.

Un enfant de 9 ans (Anden) pousse son frère dans

(1) Macphail. Loc. cit.

un canal et donne à sa sœur aînée des coups de bouteille sur la tête.

P. Laurent, 13 ans 1/2 (obs. 5) a envoyé un coup de poing dans le ventre de sa mère. Il a pris un couteau pour la frapper et l'a souvent menacée.

Raymond 7 ans (obs. 8) a eu des colères au cours desquelles il déchirait ses draps, frappait ses parents, menaçait d'étrangler sa mère et lui aurait lancé n'importe quoi à la tête. Il a mordu une infirmière. Il est inintimidable et grossier. Il traite sa grand'mère de « vieille bique ».

D. Fernand, 13 ans (obs. 11), était sujet à des entêtements qui finissaient en violentes colères si l'on essayait de s'opposer à ses caprices. Ses traits se contractaient et il frappait. Il a atteint sa mère au visage, cependant qu'il se montrait caressant et affectueux entre les phases de colère et regrettait les actes qu'il avait commis. Rancunier, vindicatif, il cherchait querelle au maître d'école, faisait des scènes pendant la classe. Il jetait du pain d'épices par les fenêtres, lançait ses lunettes contre la cheminée, piétinait son chapeau dans la boue et, poussant un jour brutalement une petite fille, la fit choir sur la tête et la blessa. Le jeune Fernand se rend parfaitement compte de son état : « Je suis excité à tous moments. J'ai envie de casser tout. » Il convient qu'il est irritable et qu'il frappe ses frères, tout en sachant qu'il pourrait leur faire beaucoup de mal : « Je ne peux pas m'en empêcher », dit-il.

Erotisme. Perversions sexuelles. — Les auteurs ont

insisté sur ce point. L'excitation génitale avec provocation à des actes homosexuels, a été notée chez deux enfants, par G. Petit (1). Mlle G. Lévy (2) a étudié également « des phénomènes de masturbation avec tendance à la propagande par les propos et par les gestes ». Chez l'un de ses malades, « garçon de 14 ans (obs. 9) on observe depuis 2 ans, avec des troubles choréiques, des tentatives de masturbation continuelle, de l'exhibitionnisme, et le désir d'entraîner ses camarades vers les mêmes préoccupations ».

L'ensemble de ces troubles a nécessité l'internement de l'enfant. Jean Branche (3) qui a étudié le même malade dans sa thèse, constate que « cette habitude, antérieure à son encéphalite, semble être devenue un véritable tic ; il promet de ne pas recommencer, se rend compte qu'il fait mal et chaque jour, il est surpris à nouveau ».

Un autre malade de Mlle Lévy « âgé de 18 ans, présente les mêmes phénomènes, mais beaucoup moins accusés ». Des cas de puberté précoce ont été observés à la suite de l'E.E. C'est ainsi que M. Stern (4) cite le cas d'un enfant de 12 ans, chez qui est apparu, à la suite d'une E.E., un développement génital complet chez lequel il a relevé : troubles de la voix, accroissement du volume des organes génitaux, établissement des fonctions sexuelles, croissance de la moustache et des poils.

(1) Discussion à la S.C.M.M. Décembre 1921.

(2) G. Lévy. Loc. cit.

(3) Branche. Loc. cit.

(4) Stern. La puberté précoce de l'E.E. Medizinische Klinik, 2 juillet 1922.

Ces troubles de la sphère génitale, nous semblent plus rares qu'il ne paraît au premier abord. Sans doute, nous avons noté un cas d'érotisme chez un enfant de 10 ans qui marquait mille attentions pour sa mère et ses sœurs (1) mais peut-être ne s'agissait-il là que d'une tendance à embrasser, que nous allons signaler sans adjonction de manifestation sexuelle proprement dite chez les enfants qui ont eu l'E.E.

Nous restons très réservé en matière d'onanisme considéré chez les enfants comme symptôme pathologique. Parmi les observations que nous avons relatées et parmi nos observations personnelles, l'onanisme n'a pas été relevé et les cas d'excitation génitale restent, somme toute, assez limités chez nos malades. Lorsqu'ils sont signalés, il y a lieu de tenir compte de la phase hypomaniaque à laquelle les perversions sexuelles ont été observées.

Puisque des cas de puberté précoce ont été signalés et puisque certains auteurs ont voulu voir dans les troubles mentaux des enfants, un syndrome comparable à celui de la démence précoce, nous ferons remarquer en passant que ces constatations cadrent mal ensemble si l'on en croit les conclusions de Mott (2) concernant l'état des organes sexuels dans la D. P., cet auteur tendant à faire résider le facteur causal de la D. P. dans un processus congénital d'agénésie.

Cependant, nous avons été frappé par un symptôme

(1) Lealy et Sand. Loc. cit.

(2) Mott. Etat des organes sexuels dans la démence précoce. L'En-céphale. Fév. 1923.

qu'il est étrange de rencontrer chez des individus qui se font remarquer par leur agitation, leurs taquineries, leurs colères, leur destructivité et leur impulsions violentes. Il s'agit d'un besoin d'embrasser qui s'empare par intervalles de ces petits malades. Tantôt, ils viennent vous prendre la main et tentent de la porter à leurs lèvres, tantôt, ils essaient de vous embrasser, s'en prenant plus fréquemment aux étrangers ou au personnel de l'établissement où ils sont placés, qu'aux enfants de leur âge. Leurs gestes sont rarement accompagnés de propos affectueux où de démonstrations d'amitié. Ils ont un caractère spontané, irréfléchi. Ils ne sont jamais suivis de provocations à des actes sexuels. Deux petits malades chez lesquels nous n'avons pas trouvé cette tendance aux caresses, avaient l'habitude de tendre plusieurs fois la main à tout venant et de répéter ce geste à chaque rencontre de la même personne.

M. Georges (obs. 1), P. Robert (obs. 4) en dehors de leurs phases de dissipation, se plaisent à embrasser. Denis (obs. 6) était devenu onaniste et courait après les petites filles. Cependant, son besoin d'embrasser s'adressait à quiconque, indépendamment de toute question d'âge et de sexe. Charlotte 7. (obs. 7) est caressante, mais, chez elle, les caresses sont liées à un tempérament affectueux. Paul D. (obs. 9) court après les enfants du quartier qu'il veut tous embrasser. Il prodigue aux malades ses caresses, mais avec un fond de taquinerie qui finit par les importuner. Il embrasse les mains des médecins en disant : « Ça me fait plaisir

d'embrasser ». Dès qu'il aperçoit un enfant, il court le couvrir de baisers. Les parents de Joséphine D. (obs. 10) ont remarqué des alternatives de colère et de véritables crises de tendresse au cours desquelles elle embrasse sans relâche. C. Roger (obs. 15) demandait souvent à nous embrasser.

Un enfant de 14 ans, observé par A. Genzel (1), embrassait la main du médecin et de sa sœur :

« Küsste dem Arzt und der Schewester dann die Hand. »

Emotivité morbide. — Quelques exemples nous montrent que l'émotivité de nos petits malades a subi des troubles profonds. Ces troubles, qui se présentent différemment, semblent pouvoir se classer en deux groupes.

Dans le premier, nous rencontrons (par exemple, obs. 6) les enfants qui pleurnichent sans motif et sans provocation ; G. Armand (obs. 3) qui pleure quand on l'interroge en même temps qu'il vous crache au visage ; L. Argentine (obs. 2) qui pleure en tirant la langue et en faisant des grimaces ; un malade de Harman (2) âgé de 9 ans qui passe sans raison du rire aux pleurs sans phénomènes spasmodiques. — C. Roger (obs. 15) pleure quand on l'interroge. — Ces manifestations ne paraissent pas s'accompagner d'un élément psychique. Elles se rapportent à l'insuffisance de l'inhibition mo-

(1) A. Genzel. Postencephalitischer parkinsonismus mit bigenartigen psychischen Störungen bei einem Kind. Klinische Wochenschrift. 30 april 1923.

(2) Harman. Loc. cit.

trice. Et il semble qu'on puisse parler, selon l'expression de H. Claude (1), « de modifications de l'émotivité en rapport avec des altérations corticales passagères, insuffisamment contrôlées par les centres régulateurs de l'expression psycho-motrice ».

Dans la deuxième catégorie, les réactions émotives sont liées à un facteur psychique pénible, qui communique des ébranlements anormaux à une sensibilité particulièrement fragile. Souvent, il ne s'agit que de dépression psychique, comme chez une fillette de 12 ans vue par Kirschbaum (2) qui « se sentait malheureuse ».

Un enfant de 10 ans, observé par Harman (3), est même « dans un état anxieux ; il a peur de tout et il est inquiet pour des riens ». Des craintes vagues se rencontrent chez un malade de M. Guinon (4), âgé de 10 ans qui est devenu indiscipliné à la suite d'une E.E. Il est « gauche en tout ». Il est très sensible, les sons de la cloche de l'église de son village paraissent l'émouvoir beaucoup. « Le cœur lui gonfle », dit-il. P. Robert (obs. 5) prétend qu'il s'ennuie à l'hôpital. Il pleure à la moindre observation et quelquefois il a des crises de larmes sans motif apparent.

D. Fernand (obs. 2) fut conduit à la campagne en juillet 1921, six mois après l'atteinte d'E.E. Il s'y ennuya, sanglotait et ne donnait aucune explication. Il était inquiet. Le fait de lever la tête l'étourdissait.

(1) Claude. Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien. Congrès de neurologie. Paris 1921.

(2) Kirschbaum. Loc. cit.

(3) Harman. Loc. cit.

(4) A propos de l'E.E. chez les enfants. Guinon. Société de Pédiatrie. Séance du 19 avril 1921.

S'il passait sur un pont ou regardait le faite d'une église, il avait le vertige, le regard vague, égaré. Il refusait de passer sous la tour Eiffel, craignant qu'elle ne s'effondrât sur lui. En janvier 1922, il a manifesté l'intention de se tuer. Il a pris un couteau, mais n'a pas mis son projet à exécution.

Tout en admettant que ces deux groupes de malades reconnaissent des troubles de l'émotivité tels que ceux décrits par Dupré (1), nous voyons que nous passons insensiblement des symptômes presque purement moteurs à des manifestations d'ordre exclusivement mental. Jamais cette dépression ne s'est accompagnée de délire. Il est vrai que les enfants que nous avons examinés, sont bien jeunes et pour Vinchon (2), presque tous les délires des enfants appartiennent à des héréditaires. Du reste, si nous passons des enfants aux jeunes gens, nous rencontrerons souvent des accidents dépressifs analogues à ceux que nous avons signalés. Du délire ? Très rarement. Nous n'en voulons pour exemple, que deux des malades présentés par H. Colin (3) à la S.C.M.M. Mlle L. Yvonne, âgée de 28 ans, atteinte en 1920 de l'E.E., eut un tremblement consécutif qui alla en s'exagérant depuis le jour (en janvier 1922) où la malade trouva, en rentrant de son travail, sa mère pendue. C'est une parkinsonienne qui ne présente pas de délire mais est atteinte de dépression psychique. Elle fit en octobre 1922, une tentative de suicide par défénes-tration. — K. Lucien, 21 ans, après une E.E. survenue

(1) Dupré. Soc. neurol. et Psych. Décembre 1919.

(2) Vinchon. Le délire chez les enfants. Thèse de Paris 1910-II.

(3) H. Colin. Loc. cit.

en décembre 1919, a un syndrome parkinsonien et de la dépression mélancolique : il a voulu récemment se jeter dans le canal.

Chez ces enfants ayant des phases de dépression en rapport avec une émotivité profondément troublée, nous avons trouvé ce que Henri Claude (1) avait été le premier à observer chez les adultes ayant un syndrome parkinsonien, c'est le « passage rapide chez le même sujet de l'état de dépression à la gaieté et à l'excitation ». En effet, ces périodes de tristesse ne sont jamais isolées dans le tableau clinique. Elles sont même un épiphénomène parmi les différents troubles du caractère.

Affectivité. — Comment se comporte l'affectivité des enfants ayant été atteints d'E.E. et de quel retentissement les désordres si fréquents de l'émotivité et de la sensibilité, viennent-ils la frapper? Nous entendons principalement par affectivité, le sentiment de famille, l'amour filial, l'attachement aux personnes chargées de leurs soins ou de leur éducation, en un mot, les tendances sympathiques, parentales et groupales. Nous n'avons pas employé, pour les rechercher, les méthodes complexes, telles que la méthode cinématographique ou la méthode galvanométrique (voir Decroly et Vermeylen. Sémiologie de l'affectivité). Nous nous sommes borné à un questionnaire simple, d'application facile, touchant les tendances égo et exocentriques et nous inclinons à penser que l'affectivité n'est pas profondé-

(1) H. Claude. Etat mental dans le syndrome parkinsonien. Paris-Médical. Oct. 1920.

ment troublée chez nos malades. Sans doute, il y a des exceptions. Raymond M. (obs. 8) se montrait indifférent et inaffectif, riant quand on lui parlait de sa brutalité et de ses violences. On nous objectera facilement les colères, les impulsions violentes, les fugues, les vols, les mensonges et les calomnies de nos malades et, nous dira-t-on, en présence de tels symptômes, voilà une affectivité bien paradoxale : comment pouvez-vous l'affirmer?

Il y a loin, dans le milieu familial ou scolaire, de l'attitude de nos malades, à celle des enfants et des jeunes gens qu'on a décrits sous le nom de fous moraux. En admettant que les perturbations de leurs instincts les entraînent dans leurs réactions aussi loin les uns que les autres, — et nous verrons au chapitre du diagnostic comment nous entendons distinguer nos malades des pervers, — le fou moral se signale dans la sphère affective, par l'atrophie des sentiments altruistes. Les larmes, les prières des siens, les remontrances, les punitions, laissent cet individu fermé, glacé, imperturbable, quand elles ne l'incitent pas à redoubler de malignité. Rien ne le trouble ni ne l'émue, ou bien la réaction s'opère à rebours de ce que l'on avait espéré. La thèse de Heuyer contient des exemples de ces « imbéciles moraux » et nous-mêmes avons eu récemment l'occasion d'observer, à l'Admission, dans le service du Dr. H. Colin, deux malades que leur indifférence morale rend bien distinctes de la catégorie d'enfants que nous avons en vue. L'une est une jeune fille de 17 ans, V. Fernande, Marie, entrée à l'asile Sainte-

Anne le 4 juillet 1922, pour « débilité mentale, perversions instinctives, mythomanie calomnieuse, anesthésie affective, haine familiale spontanée. Injures. Scènes de scandale envers sa mère. Tente de la diffamer. Agressivité caractéristique. Se vante de vices divers (mentir, nocer et nuire). Assurance morbide. Discute contre nous avec hauteur. Paraît très peu intimidable ». (Dr. de Clérambault). Elle avait depuis quelque temps, l'idée de tuer ou de défigurer sa mère : « Tu peux dire, lui dît-elle, que si tu as passé de bons moments, c'est fini ; il faut que je te fasse souffrir. Je ne te tuerai pas sur le coup, je te tuerai de façon à te faire souffrir. Je te défigurerai pour te laisser un souvenir de moi ». Elle a frappé sa grand'mère. Confrontée avec sa mère, la toisant, la calomniant et l'insultant. — L'autre est un garçon de 16 ans, A. René, entré le 26 janvier 1923 à l'asile Sainte-Anne pour « folie morale ». Nous avons été frappé en l'interrogeant par son insensibilité, son calme chargé de réticence. Sa haine familiale éclate en « révoltes préméditées ». Il a menacé les siens. Il a brutalisé sa sœur. Il semble indifférent à nos conseils, à nos remontrances. Son visage impassible ne traduit aucune émotivité. Ces individus ne connaissent pas le regret. Ils ne connaissent que la récidive.

Tout autrement, se présentent les enfants que nous avons observés. Essayons de dégager l'affectivité des symptômes morbides qui la rendent à priori difficilement admissible. Ces enfants n'ont jamais accepté l'internement sans chagrin ni sans larmes. Souvent, ils réclament leurs parents et leurs visites les remplissent

d'une joie à laquelle nous les avons vus souvent s'abandonner. Le malade de MM. Roubinovitch, Barük et Bariéty (1) lit avec contentement les lettres qu'il reçoit de son frère. Dès qu'on lui parle du chagrin que ses écarts de conduite causent à sa famille, il se met à pleurer. L'état d'hypersensibilité douloureuse et parfois anxieuse dans lequel nous avons vu plusieurs de ces enfants, le sentiment d'ennui qu'ils se plaignent d'éprouver, leur donne un besoin d'apaisement et de consolation qui contribue pour une large part, pensons-nous, à la conservation de l'affectivité. Enfin bien que la tendance aux caresses que nous avons signalée, ne paraisse pas en général traduire l'expression d'un sentiment affectueux et tendre, elle n'est pas purement automatique et, à tout prendre, elle montre que le geste d'embrasser loin d'être oublié par ces malades, redouble parfois de fréquence et d'intensité.

D'autre part, l'inaffectivité s'accompagne souvent — l'examen des pervers nous l'enseigne — de malignité. Nous ne croyons pas non plus chez nos malades à une malignité foncière comparable à celle des pervers. Il a été signalé des cas d'amélioration sinon de guérison. Une certaine périodicité des actes morbides n'a pas passé inaperçue. Certaines observations (2) nous font assister à des sortes d'éclipses, de durée variable, dans les troubles du caractère, les enfants se repentant alors de leurs fautes. — Charlotte B. (obs. 7) est sensible aux reproches, elle promet « de s'amender », mais le con-

(1) Roubinovitch, Barük, Bariéty. Loc. cit.

(2) Briand et Reboul-Lachaux. Loc. cit. (Obs. 1 et 11).

trôle de ses actes lui échappe : elle recommence aussitôt à être turbulente. — D. Fernand (obs. 11). P. Laurent (obs. 5) ont conscience du caractère impulsif de leurs gestes violents. Ils déclarent les regretter, mais ne pouvoir s'empêcher de les commettre. — M. Georges (ob. 1) est accessible aux remontrances. Il est amélioré de ses impulsions violentes. Il les discute, les commente, se montre navré de n'avoir pu résister. Si ces signes favorables ne se rencontrent pas chez tous nos malades, ils sont cependant assez fréquents et assez expressifs pour montrer que la malignité de ces enfants, si tant est qu'elle existe, n'est pas foncière, volontaire, réfléchie, irrémédiable, telle que s'offre à l'examen la malignité constitutionnelle des pervers.

Enfin, l'observateur doit être mis en garde contre une cause d'erreur quand il analyse l'affectivité de ces malades. La plupart ne sont pas guéris physiquement. Des moments de léthargie pendant la journée, des vertiges, des troubles de l'équilibre, etc., plongent les enfants dans des phases d'obnubilation intellectuelle plus ou moins durable au cours desquelles il est impossible d'explorer leurs tendances affectives.

Examen intellectuel. — Quel est le sort de l'intelligence de l'enfant dans les formes prolongées de l'E.E. Est-elle modifiée dans son évolution? L'est-elle d'une façon globale ou dans telle ou telle de ses facultés?

Question importante au point de vue diagnostic. Question angoissante quand le médecin est appelé à se prononcer sur le pronostic de ces états. Toutes nos observations laissent de côté l'E.E. survenue dans la

première enfance. Il ne nous a pas été donné d'observer des cas de ce genre. Notre plus jeune enfant à 7 ans et eut l'E.E. à 5 ans. Nous regrettons cette lacune, car ce côté de la question semble d'autant plus inquiétant que Paterson (1) l'éclaire de ces considérations fort graves : « Sur 10 enfants observés, de quelques mois à 2 ans 1/2. un est mort, 2 sont redevenus normaux, tous les autres, au point de vue intellectuel, sont dans un état voisin de l'idiotie ». Sur deux enfants, **ayant contracté** l'E.E. à 4 ans, l'un est idiot, l'autre complètement guéri. Comme dit Branche (2) : « Chez les tout-petits avant 4 ans, il est très possible qu'il s'agisse d'une véritable arriération intellectuelle, avec troubles profonds de l'intelligence, le cerveau étant frappé au moment de son développement initial, quand l'enfant est en train de faire ses premières acquisitions intellectuelles. Il semble qu'on puisse adopter à ce sujet les conclusions de certains observateurs, que l'encéphalite est d'autant plus dangereuse dans ses séquelles qu'elle frappe des enfants plus jeunes et que sa période aigüe a été plus grave ».

* * •
* *

Nous relaterons d'abord nos constatations sur les 15 malade observés.

Ensuite, nous indiquerons les conclusions des auteurs au sujet des cas qu'ils ont examinés.

Nous avons désiré nous rendre compte si, dans ses

(1) Paterson. Loc. cit.

(2) Branche. Loc. cit.

grandes lignes, l'intelligence de nos malades se distinguait de l'intelligence normale par un caractère ou un ensemble de caractères qui permit de grouper nos malades dans une même synthèse.

Poussant plus loin, nous avons cherché à déterminer la valeur des facultés intellectuelles : mémoire, jugement, association des idées, imagination, attention.

Chaque fois que nous l'avons pu, nous nous sommes servi des tests de Binet et Simon. L'âge de nos malades compris entre 7 et 13 ans, nous a permis de ne pas regretter ce que ces tests peuvent avoir d'insuffisant « pour les âges inférieurs où ils manquent de précision, ni pour les âges plus élevés où ils étaient trop complexes » (1). Ils nous ont permis au contraire, de juger des différentes facultés intellectuelles et notre interrogatoire a complété nos recherches sur la mémoire d'évocation et de fixation. Nous avons souvent suivi le questionnaire de Blin et de Damaye (2), notamment sur le nom, les parents, les notions sur l'âge, la connaissance du corps, les notions sur les objets, la notion du temps et du lieu, la lecture, l'écriture, le calcul et le dessin. L'étude des acquisitions scolaires nous a toujours fourni un renseignement précieux sur le niveau intellectuel, attendu que tous les enfants que nous avons examinés, à l'exception d'un seul, ont été régulièrement à l'école avant leur mala-

(1) L'évolution de la méthode des tests Binet-Simon en Amérique par Raeder-Lowden et Brousseau. Ann. Méd. Psych. Décembre 1922.

(2) Henri Damaye. Thèse de Paris 1903. Essai de diagnostic entre les états de débilité mentale.

die. Nous avons exploré l'attention au moyen des tests d'André Collin et de ceux de Rogues de Fursac.

Les tests de Binet-Simon nous ont donné les renseignements suivants :

Observations :	Age réel :	Age mental :
1	9	9 1/2
2	8	3
3	7	4 1/2
4	12	9 1/2
5	13 1/2	13 1/2
6	9	6 3/4
7	8	6 1/2
8	7	6
10	10	9
12	8	8
13	8	3
14	14	14
15	9	9

Etablir la moyenne du retard intellectuel, serait faire œuvre bien artificielle. Tel cas (obs. 2) offre un retard de 5 ans, tels autres (obs. 12, 14, 15) fournissent la preuve d'une intelligence normale. Un trait commun à toutes nos observations, c'est l'arriération pédagogique. Elle est d'une constatation banale chez des enfants qui ont été arrêtés dans leur instruction par la maladie et qui depuis plusieurs années ou ne vont plus à l'école par suite de leurs troubles physiques, ou ne peuvent en tirer profit par suite des troubles de leur caractère.

La différence entre une arriération pédagogique grossière et une intelligence normale quant à la mémoire et au jugement nous a souvent frappé. Si les perturbations de l'attention et du caractère persistent comme il est permis de le craindre, à mesure que les enfants grandiront en âge, elles contribueront à rendre l'arriération pédagogique plus apparente et certains observateurs s'appuyant sur cette constatation pourront porter un jugement plus sévère qu'il ne conviendrait de le faire sur l'ensemble des facultés intellectuelles.

En effet, la mémoire est souvent conservée, surtout la mémoire d'évocation. La plupart de nos observations sont démonstratives à cet égard. Est-elle affaiblie, c'est qu'il existe des manifestations organiques sérieuses : (hémihypertonie parkinsonienne, absences épileptiformes, somnolence, etc. Obs. 2, 4, 5, 11). Les malades moins gravement atteints, ont souvent conscience de la difficulté qu'ils éprouvent à se rappeler les faits passés ou les acquisitions anciennes. Ils disent qu'ils se sentent endormis, qu'un effort d'évocation leur est difficile. Les troubles de l'attention sur lesquels nous reviendrons, contribuent aussi à rendre plus apparents que réels les troubles de la mémoire d'évocation. La mémoire de fixation obéit à ces considérations, avec un facteur de gravité surajouté, à savoir qu'elle subit de la part des perturbations excito-motrices, un retentissement plus grave que la mémoire d'évocation.

Il nous a semblé que l'étude du jugement ne pouvait se contenter des tests divers qu'on a créés pour en juger, d'autant plus que nos malades sont d'âges fort

différents. S'il est vrai, comme le veut Chaslin, que la pauvreté du jugement consiste en sottise, crédulité et vanité, ce sont des caractères que nous n'avons jamais retrouvés chez les enfants que nous examinons. Si nous entendons par jugement, la faculté de raisonner et d'apprécier d'après un jeu normal de rapports et de proportions, il pourrait paraître déficient, vu les troubles du caractère que nous avons signalés. Mais ces troubles ne sauraient être qu'artificiellement expliqués par la rupture d'une synthèse intellectuelle dont le jugement en quelque sorte, prendrait en mains les rênes. Ils ont une origine plus profonde. Ils sont liés à des perturbations dont la vie instinctive et automatique et le jugement le plus simple et le plus spontané, ne saurait réfréner par exemple certains accès d'agitation. Par contre, souvent nous avons provoqué l'exercice du jugement. Nous avons soumis au contrôle intellectuel et moral de l'individu, les actes qu'il avait commis et la plupart du temps, dans les cas d'impulsions violentes, nous avons vu les malades capables de regrets, de remords et de repentir. Beaucoup se rendent compte du caractère morbide de leurs actes. P. Laurent (obs. 5) discute de son affection. Il prétend comprendre moins rapidement qu'avant sa maladie et avoir une mémoire moins fidèle. Le malade de Briand et Borel a une verve liée sans doute à l'état hypomaniaque, mais fertile en remarques piquantes et sensées. Roger C. (obs. 15) nous a souvent étonné par des réflexions profondes et tristes, faisant preuve, comme nous le disions plus haut de précocité intellectuelle.

Nous nous sommes servis, pour rechercher l'attention volontaire du test d'André Collin et du test de Rogues de Fursac. Voici en quoi consiste le test d'André Collin :

« On recommande à l'enfant de reproduire exactement tous les gestes qu'on va faire devant lui. Avec un objet quelconque, on frappe de la main gauche trois coups sur la table ; on fait passer l'objet de la main gauche dans la main droite et on le présente à l'enfant. Les enfants normaux qui suivent avec attention les différents gestes, le reproduisent sans erreur la première ou la deuxième fois. Les débiles de l'attention multiplient les erreurs : ou ils ne frappent pas les trois coups, ou ils prennent l'objet de la main droite, ou ils le présentent de la main gauche, etc. Le plus souvent, ils laissent immobile un des membres, se servant uniquement de l'autre ; ils manifestent, ainsi, que ce test d'attention peut être conditionné par un certain degré de débilité motrice. »

Le test de Rogues de Fursac consiste à présenter sous les yeux d'un enfant, un texte approprié à son intelligence et à lui demander de barrer un A sur trois au cours d'une lecture qu'on prolonge plus ou moins.

M. Georges (obs. 1) réussit le test d'André Collin la 4^e fois et le test de Rogues de Fursac est lentement exécuté. L. Argentine (obs. 2). G. Armand (obs. 3), ne peuvent accomplir aucun test. P. Robert (obs. 4). P. Laurent (obs. 5), n'ont pas de troubles de l'attention volontaire. Denis (obs. 6) réussit le test d'André Collin la 3^e fois et ne peut exécuter celui de Rogues de Fursac.

Charlotte B. (obs. 7). Raymond M. (obs. 8). Joséphine D. (obs. 10). Fernand-Alexandre D. (obs. 11). Louis B. (obs. 12) exécutent parfaitement tous les tests. Maurice M. (obs. 16) n'en peut réussir aucun. M. B. (obs. 14) ne réussit qu'une fois le test de Rogues de Fursac et n'exécute pas celui d'André Collin. Tous les tests sont correctement exécutés par Roger-Jean (obs. 15). En général, l'attention volontaire est conservée. Elle subit des troubles variables et peut être dans certains cas impossible à capter.

L'attention spontanée est beaucoup plus troublée. Les enfants que nous avons observés, se font remarquer par une mobilité des idées et des actes, par une absence de réflexion qui se traduit par une agitation psychomotrice qui ôte à la pensée la possibilité d'une fixation. Les troubles de l'attention spontanée contribuent à l'arriération pédagogique et peuvent être un facteur d'affaiblissement intellectuel, quand il n'en est pas la conséquence.

Parmi les observations des auteurs, nous trouvons l'affaiblissement de la mémoire signalé par Cruchet (1), par André Collin (2) à propos d'un enfant de 7 ans qui se perd à quelques pas de chez lui et, oubliant l'heure du déjeuner, reste sur le pas de sa porte ; par Rocaz et Lartigaut (3) ; par Burgo (4) ; par Paterson (5). Kirschbaum (6) sur quatre observations, note l'affai-

(1) Cruchet. Loc. cit.

(2) André Collin. Loc. cit.

(3) Rocaz et Lartigaut. Loc. cit.

(4) Burgo. Loc. cit.

(5) Paterson. Loc. cit.

(6) Kirschbaum. Loc. cit.

blissement intellectuel dans un cas et, chez un hypomaniaque de 11 ans, le défaut de fixation dû aux troubles de l'attention ne lui permet pas d'affirmer la déficience mentale. Il demande de ne pas se hâter de conclure en général à l'arriération intellectuelle chez les enfants présentant les symptômes organiques et psychopathiques d'E.E. prolongée. Francioni (1) n'a pas constaté d'affaiblissement intellectuel chez ses malades. Enfin, la plupart des auteurs passant en revue les troubles mentaux des formes prolongées de l'E.E. gardent le silence sur les facultés intellectuelles. Il est permis de penser que si elles n'ont pas attiré leur attention, c'est qu'elles devaient être normales, ou tout au moins bien peu touchées pour n'avoir pas sollicité l'initiative d'un examen.

Dans l'ensemble, quelques constatations nous semblent dignes de remarque :

1° Il n'existe pas de parallélisme entre les troubles du caractère et les troubles de l'intelligence, en dehors des troubles dus à un état confusionnel plus ou moins durable. Les premiers dans les cas observés, ne manquent jamais et présentent chez les différents malades des caractères communs. Les deuxièmes, en général, légers et variables ne se rencontrent pas dans tous les cas ;

2° Il existe un certain parallélisme entre les troubles intellectuels et les troubles organiques. Encore ceux-là sont-ils loin d'être touchés au prorata de ceux-ci. Nous voulons surtout dire que nous n'avons jamais

(1) Francioni. *Loc. cit.*

rencontré l'affaiblissement intellectuel sans de graves lésions organiques. Nos malades (obs. 1 et 5) qui ne présentent plus, au point de vue organique, que de courts accès de somnolence pendant la journée, n'ont dans un cas (obs. 5) aucun retard intellectuel et dans l'autre (obs. 1) qu'un retard insignifiant : âge réel 9 ans, âge mental 8 1/2.

D'un autre côté, le syndrome parkinsonien, avec toutes ses manifestations, les crises et les absences épileptiformes, la narcolepsie persistante, sont un facteur d'obnubilation psychique, pouvant aller de la bradypsychie à l'arrêt total des processus intellectuels : Notre malade 2 (âge réel, 8 ans, âge mental, 3 ans), paraîtra à cet égard significatif, si l'on veut bien se rappeler sa profonde atteinte organique.

Ce parallélisme entre les troubles intellectuels et les troubles organiques, n'a pas échappé aux auteurs, notamment à Claude, Hesnard, Naville (bradypsychie). Il a permis à Bernardou (1) d'étudier la psychomotricité des troubles psychiques et des troubles moteurs et cet auteur a observé, notamment dans la psychomotricité des parkinsoniens port-encéphalitiques :

a) Une similitude bilatérale représentée par une extrême variabilité psychique et motrice ;

b) Des interréactions où la plus intéressante et importante part revient à un retentissement psychomoteur-centripète, autrement dit, le trouble mental apparaît comme la conséquence d'une décharge motrice sur le psychisme ;

(1) Bernadou. La psychomotricité pathologique. Th. Paris 1922.

3° L'arriération pédagogique est la règle. Elle s'applique d'elle-même par l'arrêt dans les acquisitions scolaires causé par la maladie.

Quant à porter un jugement d'ensemble sur l'état des facultés intellectuelles de ces enfants, nous ne le ferons qu'avec une extrême prudence et beaucoup de réserve. Pour certains auteurs (1) « il y a non seulement arrêt du développement psychique, impossibilité d'acquisitions nouvelles, mais rétrocession des notions éducatives et réapparition des instincts les plus primitifs. Il s'agit donc malgré la conservation relative des notions scolaires, d'un processus proprement démentiel ». Il est vrai que dans l'observation de ces auteurs, la malade (7 ans 1/2) a des troubles organiques très importants, et cependant elle n'a pas oublié ses notions scolaires antérieures, et ce sont les troubles de l'attention qui l'empêchent surtout de faire des progrès à l'école. La notion d'un « processus proprement démentiel » soulève au moins deux objections : D'abord les dégénérés avec perversions instinctives n'ont jamais passé pour des déments, pourquoi vouloir que soient déments des individus à qui on a très souvent voulu les comparer et qui n'ont, nous l'avons vu, que des troubles du caractère sans aucun déficit intellectuel. Ensuite, le mot démence dans le langage psychiatrique le plus communément admis implique la notion d'un affaiblissement progressif et définitif. La gravité du pronostic est sous-entendue. Nous avons vu certains enfants devenir progressivement moins agités, moins

(1) Hamel et Merland. Loc. cit.

turbulents, à mesure que le rythme du sommeil se régularisait. L'amélioration est très rare. Nous l'avons vu se produire. Reprenons rigoureusement les faits : Les malades 5, 12, 14, 15 ont : âge mental = âge réel. Puisque leur maladie remonte à plusieurs années, ils ont donc pu faire des acquisitions intellectuelles nouvelles. Les malades 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, ont d'une façon générale l'âge mental correspondant à l'âge qu'ils avaient au moment où l'E.E. a débuté. Il y a eu un phénomène d'arrêt : les facultés intellectuelles sont stationnaires. Les malades 2 et 13 ont un âge mental nettement inférieur à l'âge qu'ils avaient lors de l'atteinte aiguë d'E.E. La régression intellectuelle est évidente. Dans ces deux cas seulement, la notion de processus démentiel pourrait s'appliquer si le pronostic qu'elle implique, ne nous paraissait prématurément posé.

Le plus grave symptôme que présente la majorité de nos petits malades, c'est un arrêt dans le développement intellectuel. Nous ne songeons pas à nier la diminution morbide de l'activité cérébrale. Mais rappelons-nous que la plupart des auteurs, ont trouvé chez leurs malades, des facultés intellectuelles normales. Nous admettons qu'il peut exister une arriération mentale acquise en dehors de tout processus démentiel et nous employons le mot arriération mentale en dehors de toute signification pronostique.

Du reste, la prudence qui s'impose dans l'appréciation des troubles de l'intelligence, nous paraît confirmée par l'observation d'une jeune fille que nous avons eu l'occasion d'observer récemment. Nous avons cru

devoir la rattacher à l'ensemble de nos malades, bien qu'il ne s'agisse plus d'une enfant, parce qu'elle montre l'intégrité des fonctions intellectuelles malgré le trouble important de leur mode d'expression.

O. Charlotte, âgée de 18 ans, est entrée à l'asile Sainte-Anne, le 15 mars 1923.

A. H. — Pas d'internement dans la famille. Sa mère faisait des excès de boissons, ce qui amena le divorce de ses parents.

A. P. — Enfant normale jusqu'en 1920. Pas de troubles du caractère. Intelligence développée. Poursuivait ses études dans le but de devenir institutrice.

En janvier 1920, E.E. Après une période d'agitation nocturne de 15 jours, la malade a dormi pendant 3 semaines. Elle a présenté des phénomènes d'onirisme. Soignée à l'Enfant-Jésus, elle eut des mouvements choréiques et des secousses myocloniques, de la diplopie. « Je voyais double le numéro au-dessus de mon lit », dit Charlotte O. Le 21^e jour de la maladie, paralysie faciale. La malade prétend avoir eu une hémiplegie droite, mais il ne semble pas que ce renseignement soit exact.

De juillet 1920 à janvier 1921, elle semblait redevenue normale à part un aspect figé qu'on avait remarqué dans son entourage. A partir de cette époque, la somnolence diurne qui avait disparu, se réinstalla et ne s'est pas modifiée. Depuis un an, la voix est nasonnée, il existe de la salivation par intervalles.

Son caractère a subi depuis un an, d'importantes transformations. Agitée, remuante dans les intervalles

de somnolence, elle se dispute avec tout le monde, provoquant les étrangers dans la rue. Elle est coléreuse, violente, s'est battue avec ses camarades. Elle disait à sa sœur qu'elle ne l'aimait plus, n'avait de regret de ses actes qu'au bout de 2 ou 3 jours. Elle était devenue très exigeante, prenait souvent un ton puéril, avait peur d'avoir changé, de n'être plus jolie, et dans un besoin de protection et de tendresse, se faisait caressante, aimait à embrasser.

A l'asile, nous avons constaté l'irritabilité morbide. Elle entre en de vives colères au cours desquelles elle trépigne, lacère les objets, pousse des hurlements. Dans l'institution où elle se trouvait, elle criait ainsi, disait-elle, parce qu'on la traitait de folle et parce qu'on se moquait de sa « tête de rat ». Elle secouait violemment ses camarades et inquiétait les personnes chargées de ses soins.

Très impulsive, elle ne réfléchit à ses actes qu'après les avoir commis. Elle frappait les chats, malgré son amour des animaux : « C'était pour leur prouver mon amour », dit-elle. Quand on lui parle de ses violences : « C'est impulsif, chez moi », explique-t-elle.

Elle présente de la somnolence entrecoupée de phases d'instabilité et d'agitation, c'est ce qu'elle exprime en disant qu'elle a « des épingles dans le derrière ».

Le sommeil nocturne est régulier, profond : « Pour me réveiller, déclare-t-elle, il faudrait un coup de canon ». Parfois onirisme nocturne.

L'attitude générale marque la docilité, la soumis-

sion apparente avec puérilité de l'intonation. Quand on lui fit remarquer au cours de l'interrogatoire qu'elle est capable de se tenir tranquille quand elle le veut, elle répond : « Je ne reste ainsi que lorsque je me trouve bien avec quelqu'un ».

L'érotisme est manifeste et se donne libre cours par des crises d'agitation, de provocations sans souci des convenances et de la pudeur, ce qui a son intérêt chez une jeune fille parfaitement vertueuse avant l'atteinte d'E.E. Voici le poème qu'elle a composé pour un médecin du Service :

LA PENSÉE

« Lorsque de ma fenêtre gaie et ensoleillée
J'ai vu passer un oiseau par son vol courbé
« Va, lui ai-je dit, vers Celui que j'ai laissé,
Emporte dans ton bec la fleur chère et aimée.
Cause-lui tout bas lorsque descend la brume,
Alors que sur la terre le rayon de lune
Éclaire doucement de sa belle clarté
Le sommet des côteaux et l'humble champ de blé.
Dis-lui qu'à ce moment vers lui s'envole
Ma Pensée qui sans cesse vole, vole
Vers la Maison où repose très calmement
Celui que j'aime d'un amour tendre, pur et ardent
De la chanson de mon cœur, c'est le résumé
Ma tendresse sans borne un soir me l'a dictée. »

Voici une lettre adressée à la même personne.

« Monsieur,

« Au moment de partir, je vous dis adieu. Du fond du cœur je vous crie : « Monsieur, je vous aime de tout mon amour » et je mourrais si vous, vous ne m'aimez pas. Avant de partir, je voudrais vous parler, vous dire toute ma douleur de vous perdre, car c'est vous perdre que de vous quitter. Et

Né vaudrait-il pas mieux

N'aimer personne

Pour n'avoir pas ensuite

La douleur de perdre ceux qu'on aime.

« En vous écrivant, je pleure de chagrin profond et je vous supplie au nom de tout ce que vous avez de plus cher au monde, de me répondre par Mlle Angla, car je crois que c'est elle qui vous remettra ma lettre. Si je ne vous vois pas avant de m'en aller, je serais la plus malheureuse des femmes. Ayez pitié de celle qui vous aime et qui vous supplie humblement de lui donner une toute petite part de votre cœur, le 1/12 de votre cœur me suffirait, pour le moment, du moins.

« Une petite malade qui vous aime de toute son âme.

« Pardonnez cette lettre, c'est un désir de malade, il faut le pardonner et surtout ne point vous en moquer. Ne le dites à personne, ne la montrez pas, et aimez-moi.

« CHARLOTTE. »

« Deux mots me suffiront.

« Ayez pitié ! »

Ce poème et cette lettre, nous montrent que, à côté de l'érotisme, il y a place pour une affectivité, à tout le moins conservée, exaltée d'une manière morbide. Dans ses rapports avec sa famille, la malade montre effectivement, la conservation de l'affectivité.

Ces documents nous permettent aussi d'apprécier l'état intellectuel de la malade. Nous y joignons ce poème écrit récemment, c'est-à-dire bien après l'E.E.

POÈME SUR MON PAYS NATAL « LUCHON »

I

« O Luchon, petite ville aux étroites rues
Aux arbres ondulant sous la brise embaumée
Qu'après le triste hiver le printemps accouru
Souffle avec grande force à travers la vallée

II

O toi que les touristes, joyeux de leur séjour,
Nomment avec raison la « Reine des Pyrénées »,
Ville dans laquelle on passe heureux de si beaux jours,
Te reverrai-je bientôt, petit coin si aimé !

III

Jardin que j'arrosais, arbres que j'ai plantés,
Et toi, belle montagne aux sites enchanteurs,
Au doux écho si clair et pas du tout voilé
Qui répond à la jolie chanson des Pasteurs.

IV

Vallée si parfumée aux herbes abondantes,
Calme petite rivière et torrent mugissant,
Que de fois j'ai passé sur vos rives odorantes
En cueillant de belles fleurs et toujours en chantant.

V

Depuis bientôt trois ans que je vous ai quittés,
Lac tout endormi et forêt mystérieuse,
Et toi, Pic du Midi, au silence non troublé
Par la voix du torrent qui roule ses eaux charmeuses.

VI

Un doux espoir toujours vivace réside en moi :
Celui de te revoir et ne plus te quitter,
Vivre longuement, paisiblement près de toi
Et mourir à ton ombre, ô Luchon si aimée !

D'autre part, la malade lit beaucoup. Elle témoigne d'une activité psychique qui est d'autant plus intéressante à constater que la parole est lente, nasonnée, que le facies est figé, l'expression souvent somnolente et que l'examen de la physionomie qui reflète en quelque sorte l'activité intellectuelle d'un sujet pourrait faire penser à un ralentissement psychique. Cet exemple nous montre combien nous sommes encore loin de faire la part de ce qui revient aux troubles organiques et aux troubles psychiques. Il enseigne surtout, en présence de ces états parkinsoniens, à ne pas tirer des conclusions fâcheuses qui risqueraient d'être hâtives au sujet de l'état intellectuel. Dans l'ensemble de nos observations — et celle-ci nous paraît être la plus démonstrative à cet égard — il existe, certes, un parallélisme entre l'affaiblissement possible des facultés intellectuelles et la déchéance organique, mais si à la longue les troubles de l'expression du langage et des sentiments pourraient entraîner un ralentissement de la

pensée et de la vie affective par le barrage constant opposé à la libre expansion de l'une et de l'autre, il semble, cependant, que, dans l'état actuel des choses, l'activité intellectuelle continue à s'élaborer et que ce sont les moyens d'expression qui viennent en gêner le cours normal, plus qu'une modification dans les processus de l'esprit. Nous ne voulons pour preuve que les écrits de notre malade qui renseignent mieux que le langage parlé sur l'état de son intelligence.

Au point de vue physique, on remarque une obésité diffuse. La malade, qui pesait 59 kilos avant l'E.E., pèse actuellement 72 kilos.

Le facies est figé. Il existe du tremblement de la langue et de la mâchoire inférieure. La langue est déviée vers la droite. L'orbiculaire droit se contracte moins énergiquement que le gauche. Parésie faciale droite. Pas d'inégalité pupillaire. La réaction irienne à la lumière se fait lentement. La voix est nasonnée, le débit très ralenti.

Tremblement des doigts. Tremblement des membres inférieurs par intervalles. Pas d'hypertonie. Réflexes rotuliens vifs.

Rétropulsion. Laréropulsion, surtout marquée du côté droit.

Ponction lombaire :

Pas de lymphocytose.

Pas d'albuminose.

Hyperglycorrachie.

Réaction de Wassermann négative.

SEMIOLOGIE

II. — Signes physiques

L'étude clinique des troubles mentaux liés à l'E.E. chez l'enfant ne saurait se passer de quelques considérations sur les manifestations physiques de la maladie, en raison de leur action réciproque et de l'importance de cette question à propos du diagnostic.

En premier lieu, on se demande, en présence d'une forme prolongée d'E.E. : « Quelle fut la symptomatologie, la phase aiguë de l'affection ? » L'interrogatoire serré de la famille et du médecin qui fut alors chargé de soigner le petit malade, l'interrogatoire de l'enfant lui-même, s'il est capable de fournir des renseignements, permettront souvent d'établir l'anamnèse de la maladie. Nous verrons au chapitre du diagnostic quelle importance le clinicien attachera à la recherche des signes primordiaux. En effet, tous nos malades ne présentent pas des manifestations organiques qui, en l'absence de renseignements, puissent permettre de faire le diagnostic rétrospectif de l'E.E. Il en est à ce point de vue de complètement guéris. Nous énumérons, lorsque nous parlerons du diagnostic, les manifestations initiales de l'E.E. (signes physiques et biologiques).

En second lieu, quelles sont les manifestations organiques des formes prolongées de l'E.E. et lesquelles

sont susceptibles de permettre au clinicien d'affirmer rétrospectivement l'E.E. ? En effet, la recherche de ces signes est indispensable : 1° pour le diagnostic rétrospectif dans les cas où les renseignements font défaut 2° pour le diagnostic différentiel : leur présence qui pourrait en imposer tout d'abord pour certains états d'idiotie ou de dégénérescence rendra possible une précieuse discrimination. A la faveur de cette apparente confusion, la lumière se fera dans l'esprit du clinicien.

Il est cependant des cas où, après les signes de début, l'organisme est redevenu tout à fait normal, avec un psychisme inquiétant. Les faits sont nombreux. Citons, par exemple, le malade de Briand et A. Borel, nos observations 1 et 7. Ou bien la symptomatologie organique se réduit au minimum. C'est l'obésité (obs. 9, 10) accompagnée dans l'obs. 10 de diplopie. Ce sont l'exagération des reflexes rotuliens (obs. 5, 15), la diplopie (obs. 10), l'inégalité pupillaire (obs. 11, 14, 15), la lenteur des réactions iriennes, tous symptômes plus ou moins régulièrement réunis. Parfois l'un d'eux, discrètement isolé, demeure, au point de vue organique, l'unique signature de la maladie. Ce retour de l'état physique à la normale prouve d'ores et déjà que les troubles mentaux qui nous occupent ne sont pas forcément liés à un processus infectieux, ou tout au moins qu'ils en dépassent les manifestations cliniques. Leur évolution pour leur propre compte, à un certain moment, contribuera à rendre le pronostic de ces états peu favorable.

Parmi les manifestations organiques que nous avons

en vue, les unes ne sont que les symptômes persistants d'une maladie qui se prolonge, les autres apparaissent — ou bien s'ils avaient été remarqués à la phase aiguë — peuvent réapparaître à titre de complications et apportent la preuve d'un processus infectieux toujours actif. Des uns et des autres, nous ne tenterons pas une analyse ni une classification. En effet, les lésions de l'E.E. ne sont pas seulement extenso-progressives. Achard (1) insiste sur ce fait que les désordres anatomiques sont susceptibles de « s'imprimer légèrement », de disparaître et d'aller frapper plus loin les différentes régions du tissu nerveux — « rampant pour ainsi dire le long des ramifications vasculaires du névraxe dans un territoire dont les frontières se déplacent à chaque instant ». Le processus « serpigineux », qui rend difficile chez l'adulte une classification des symptômes neurologiques, atteint chez l'enfant une diffusion telle que les manifestations organiques apparaissent singulièrement polymorphes.

Nous énumérerons par ordre celles que nous avons le plus souvent rencontrées. Au point de vue strictement neurologique, citons :

1° Les mouvements choréiques, rythmés ou arythmiques. C'est le cas d'un garçon de 15 ans, vu par Mlle Lévy (obs. 9) : « mouvements choréiques, rythmiques, diffus, semblables à une chorée de Sydenham ». Le malade de notre observation 6 a des mouvements choréiformes généralisés, prédominant aux membres inférieurs.

(1) Achard. L'E.E. Baillière. Paris.

La bradycinésie (P. Marie et Mlle Lévy) (1) désigne « des mouvements lents, réguliers, rythmiques, de grande amplitude ». Non plus que Mlle Lévy, nous ne l'avons rencontrée chez les enfants. On ne la confondra pas — nous avons vu cette erreur commise — avec la lenteur des mouvements due à l'hypertonie et associée à une kinésie paradoxale.

2° Les myoclonies, en temps que seule manifestation organique dans les formes prolongées des enfants, sont rares. Mlle G. Lévy a vu un cas de « myoclonie unilatérale localisée aux muscles de la nuque ». Il est vrai qu'il ne s'agit plus d'une enfant, mais d'une jeune fille de 16 ans. M. Jules Renault, Mme Athanassio-Benisty et M. Tibert rapportent un cas de « mouvements cloniques rythmés de l'hémiface droite persistant pendant le sommeil et probablement consécutifs à une névraxite épidémique, chez une enfant de 7 ans. » Les myoclonies ont été plus souvent observées, associées à un syndrome d'hémiplégie : par nous (obs. 8-13) ; Macphail (2) chez un garçon de 10 ans ; Rocaz et Lartigaut (3) chez un garçon de 14 ans, et par Hamel et Merland (4) chez une fillette de 7 ans et demi.

3° L'hémiplégie. L'hémiplégie pyramidale serait très exceptionnelle dans l'E.E. Le garçon de 14 ans signalé par Rocaz et Lartigaut (5) est atteint d'une hémiplégie

(1) Le syndrome excito-moteur de l'E.E. par P. Marie et Mlle Lévy. *Revue neurologique* Juin 1920.

(2) Macphail Loc. cit.

(3) Rocaz et Lartigaut. Séquelles d'encéphalo-myélite épidémique. *Soc. méd. et chir. Bordeaux*, 15 avril 1921.

(4) Merland et Hamel. Loc. cit.

(5) Rocaz et Lartigaut. (Loc. cit.)

avec myoclonies qui persiste en même temps que des troubles du caractère, plusieurs mois après l'atteinte aiguë de l'E.E. Dans un cas de Paterson (1), l'hémiplégie de la phase de début s'installe d'une manière durable avec contractures consécutives. Maurice M. (obs. 13) a de la contracture en demi-flexion du membre supérieur gauche, la contracture de la main gauche avec exagération des réflexes radial et tricipital de ce côté. Pas d'atrophie musculaire. Contracture du membre inférieur avec exagération des réflexes rotuliens et achilléens, signe de Babinski. Clonus. La marche est sautillante. Le malade court plus qu'il ne marche, sur la pointe des pieds et la tête baissée, comme s'il fonçait sur un obstacle. Myoclonies. Ptosis de l'œil gauche. En général, la symptomatologie est moins nette. Raymond M. (obs. 8) a le membre supérieur à demi fléchi, appliqué contre le tronc et restant immobile pendant la marche. La force musculaire du membre et de la main est notablement diminuée, si on la compare à celle du bras gauche. Les réflexes radiaux et tricipitaux sont vifs des deux côtés. Le membre supérieur droit est animé de secousses myocloniques. La main présente un léger tremblement qui est nettement intentionnel. L'écriture est hésitante et tremblée. Quelque maladresse dans les mouvements. Adiacocokinésie légère du côté droit. Du côté des membres inférieurs, claudication intermittente. Le malade pleure quand on veut presser son pas et se plaint de souffrir de la jambe droite.

(1) Paterson. Loc. cit.

Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés. Pas de signe de Babinski.

La tête est inclinée vers l'épaule gauche, le menton touchant presque la poitrine. Quand le malade le veut et fait attention, il peut relever la tête, mais elle retombe dès que la volonté n'intervient plus. Il n'existe pas de contracture des peauciers. La commissure gauche est abaissée. Les traits de l'hémiface présentent une atonie qui gonfle et fait pendre la joue. Il existe du strabisme divergent gauche et du nystagmus provoqué. Langue déviée vers la gauche. Salivation par intervalles. Parole lente, saccadée, scandée.

Ce cas nous paraît très intéressant, parce qu'il pourrait être pris pour une hémiplegie. Il existe de la parésie du côté droit ; les réflexes rotuliens sont vifs, mais ils le sont également des deux côtés. De plus, il n'existe pas de signe de Babinski, l'hypertonie à droite, la salivation, la parole scandée, lente, autant de phénomènes qui traduisent un syndrome parkinsonien. La voie pyramidale semble légèrement lésée en regard de l'importante atteinte extra-pyramidale. Nous voyons combien un tel tableau clinique reste vague, plus imprécis encore que dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique de l'adulte.

Citons encore la fillette de 7 ans et demi, étudiée par Hamel et Merland :

1° Une attitude habituelle de la tête en flexion antérolatérale droite rappelant l'affection dite « torticollis mental » par l'absence de contracture réelle du sterno-cléidomastoïdien.

2° Un tremblement généralisé, à grandes oscillations, surtout marqué aux membres supérieurs, et rendant l'écriture très difficile.

3° Des secousses myocloniques fréquentes des muscles de la face.

4° Du strabisme externe de l'œil droit par parésie du droit interne de ce côté. Mais cette déviation n'existe qu'à l'état de repos, pour disparaître à l'occasion des mouvements volontaires.

5° Une déviation de la langue du côté gauche, avec hémiparésie gauche de cet organe.

On n'observe aucun trouble de la station debout, sur un ou deux pieds, les yeux ouverts ou fermés. La marche est aisée, la petite malade monte et descend normalement les escaliers.

Sensibilité objective normale au toucher, à la piquûre, à la température. Les localisations tactiles se font exactement, le sens stéréognosique est conservé.

Sensibilité subjective : L'enfant accuse fréquemment un violent mal de tête.

La réflexivité est profondément modifiée : le réflexe cutané plantaire est nul, les réflexes rotuliens sont complètement abolis.

L'examen des yeux montre une pupille droite plus dilatée que la gauche. Le réflexe photomoteur est plus lent à droite, mais il existe. Au contraire, le réflexe accommodateur est aboli des deux côtés. Cette dissociation, inverse de l'Argyll, a déjà été signalée dans les séquelles de l'encéphalite.

Les organes internes paraissent sains, mais il est à

remarquer que le développement physique de Germaine s'est complètement arrêté depuis 2 ans, d'après le témoignage de ses parents. Elle a, d'ailleurs, l'apparence d'une enfant de 5 ans.

Dans notre observation 12, nous constatons l'hypertonie et la spasmocité des membres supérieurs (signe de la roue dentée) et des membres inférieurs, l'exagération des réflexes rotuliens, de l'inégalité pupillaire, une réaction irienne paresseuse, le clignement des paupières, le tremblement de la langue et des doigts. Armand (obs. 3) traîne la jambe droite pendant la marche et projette la jambe gauche en avant. Réflexe rotulien exagéré du côté gauche. Salivation. P. Robert (obs. 4) présente de l'hypertonie des membres supérieurs (signe de la roue dentée) et des membres inférieurs (réflexes rotuliens exagérés). Les membres inférieurs conservent la position en flexion. Rétropulsion. Inégalité et irrégularité pupillaires. Salivation. Denis (obs. 6) a de l'hypertonie des membres supérieurs et inférieurs droits, une attitude penchée du corps vers la droite et du strabisme de l'œil droit. Paterson (1) a observé plusieurs cas de diplégie et d'incoordination des membres supérieurs sans aucun signe de lésion pyramidale. Un gamin de 7 ans, présenté par André Collin, Tobolowska et Requin (2), a une paralysie faciale gauche avec déviation de la langue et salivation. Le malade de Roubinovitch, Barük et Bariéty a la voix nasonnée et de la rétropulsion.

(1) Paterson. Loc. cit.

(2) André Collin, Tobolowska et Requin. Loc. cit.

Le syndrome parkinsonien est réalisé au complet avec le cas de Dubourg (1) ; ceux de Mlle Lévy (2) (obs. 47) « syndrome parkinsonien chez un enfant de 13 ans, persistant 28 mois après son apparition. Tremblement des membres du côté droit. Crise oculaire, troubles de la mastication et de la déglutition » ; (obs. 48) « syndrome parkinsonien chez un enfant de 12 ans. Etat stationnaire 2 ans et demi après le début des troubles, après une régression des symptômes du début. Troubles du caractère. Rétropulsion intense ». Wieland (3) a vu, sur 8 cas, deux parkinsonniens, l'un de 10, l'autre de 15 ans, avec paralysie pseudo-bulbaire, attitude raide, tremblement, salivation, troubles oculaires, signe de Babinski, troubles de la parole et de la déglutition, rétropulsion, imbecillité progressive.

Ainsi, nous le voyons :

1° La voie pyramidale est inégalement atteinte, dans les cas où la clinique offre une symptomatologie morphologique identique.

2° Le syndrome parkinsonien peut demeurer très fruste. De sorte que, si nous passons en revue les manifestations neurologiques le plus souvent rencontrées, nous trouvons, irrégulièrement réunis et parfois isolément : l'aspect figé, l'hypertonicité dans la forme fréquente heni-hypertonicité, l'exagération des réflexes, les tremblements, les myoclonies, les mouvements

(1) Edg. Dubourg. E.E. avec syndrome pseudo-parkinsonnien chez un enfant de 13 ans. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Séance du 13 février 1920.

(2) Mlle Lévy. Loc. cit.

(3) Wieland. Revue de la Suisse romande 1921.

choréiformes, la rétropulsion, l'asymétrie faciale, la salivation, les troubles de la parole, les signes pupillaires (inégalité, irrégularité, lenteur des réactions, strabisme).

Enfin, nous noterons l'extrême lenteur du développement physique qui fait paraître certains enfants beaucoup plus jeunes que leur âge. C'est le cas de nos observations 2 et 12 et de celle de Hamel et Merland.

Nous nous permettons d'insister sur quelques points qui paraissent importants et moins précisés que les autres par les différents auteurs qui se sont occupés de l'E.E. chez l'enfant.

Nous noterons l'état du liquide céphalo-rachidien, donnerons les résultats que nous a fournis la recherche du réflexe oculo-cardiaque, et nous étendrons plus spécialement sur l'obésité et les troubles respiratoires.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Nous avons pratiqué la ponction lombaire dans les cas où nous y étions autorisé et nous avons trouvé, dans la plupart des cas, la réaction de Bordet-Wassermann négative, l'hyperglycorrachie, l'albuminose et la lymphocytose normales. Dans notre obs. 5, la pression prise à l'appareil de Claude s'élevait à 42, il y avait 0,35 d'albumine et 4 lymphocytes par millim. cube.

Pour le malade de Roubinovitch, Barück et Bariéty (1), la ponction lombaire décela : Pression 35, albuminose 1 gr., glucose 0,35.

Le L.C.R. de la malade présentée par Jules Renault

(1) Roubinovitch, Barück et Bariéty. Loc. cit.

(1) et Mme Athanasio-Benisty contenait 6 lymphocytes par millim. cube et pas d'hyperglycorrachie.

Le liquide est clair. Sans doute, l'hyperglycorrachie peut exister dans les tumeurs cérébrales, la polyomyélite, la sclérose latérale amyotrophique, etc. Mais quand il s'agit des enfants, de telles objections sont rarement soulevées. L'existence d'hyperglycorrachie paraît d'une utilité diagnostique véritable. Nous sommes tout à fait de l'avis de Mlle Lévy (2) lorsqu'elle énonce que « l'absence d'hyperglycorrachie, dans un cas douteux par exemple, doit rendre circonspect, et pousser à une critique plus approfondie des symptômes. »

« En particulier, en ce qui concerne le diagnostif différentiel d'avec la syphilis cérébro-méningée, dans laquelle l'hyperglycorrachie est incontestablement plus rare, il faudra compléter les examens cliniques et cytologiques ».

Enfin, Guillaïn insiste sur ce fait que la réaction du benjoin colloïdal positive dans la syphilis est négative dans l'E.E.

Réflexe oculo-cardiaque. — « La recherche du réflexe oculo-cardiaque a donné un résultat très net à Chauffard et à Mlle Bernard. La compression oculaire fit, en effet, tomber le pouls de 140 à 64 et ce résultat serait, d'après Litvak, d'autant plus accentué que la somnolence est plus grande. De même, chez un malade de Rieux et Mme Marcarian-Porcher, elle l'abaissait de 70 à 42 ; chez un autre de Bergé et Aufnagel, de 72 à

(1) Jules Renault et Mme Athanasio-Benisty. Loc. cit.

(2) Mlle Lévy. Loc. cit.

44. Je l'ai faite, écrit Achard (1), chez plusieurs malades, mais je n'ai obtenu que des modifications presque nulles et même de sens contraire. »

« P. Marie et Bouttier ont trouvé les réflexes oculo-cardiaque et oculo-vaso-dilatateur parfois abolis à la période d'état, puis exagérés, sans qu'on puisse attribuer à ce signe une valeur pronostique ; ils ont vu persister l'abolition de ces réflexes à la convalescence. Ils estiment que la brusque exagération de ce réflexe n'a pas la signification fâcheuse que lui attribue Litvak. »

Nous avons recherché le réflexe oculo-cardiaque chez plusieurs de nos malades :

Obs. 1 : 9 ans, pouls : 80. R.O.C. 88.

Obs. 2 : 8 ans, pouls : 120. R.O.C. 65.

Obs. 3 : 7 ans, pouls : 68. R.O.C. 56.

Obs. 4 : 12 ans, pouls : 108. R.O.C. 72.

Obs. 5 : 13 ans et demi, pouls 108. R.O.C. 84.

Obs. 6 : 9 ans et demi, pouls : 98. R.O.C. 78.

Obs. 7 : 8 ans, pouls : 100. R.O.C. 64.

Obs. 9 : 9 ans, pouls : 106. R.O.C. 68.

Obs. 11 : 13 ans, pouls : 100. R.O.C. 74.

Obs. 12 : 8 ans, pouls : 72. R.O.C. 52.

Obs. 13 : 8 ans, pouls : 98. R.O.C. 80.

Obs. 14 : 14 ans, pouls : 74. R.O.C. 56.

Obs. 15 : 9 ans, pouls : 102. R.O.C. 64.

Seule, notre observation (1) présente un R.O.C. inversé. Le malade de Roubinovitch, Barük et Bariéty a, lui aussi, un R.O.C. constamment inversé. L'injection de 1 mg. d'adrénaline provoque une accélération du pouls

(1) Achard. Loc. cit.

qui passe de 72 à 80 et qui se maintient accéléré durant une demi-heure.

Nous avons recherché le R.O.C. sur des enfants normaux et l'avons toujours trouvé positif. Exemples : a) 74-62, b) 68-60, c) 84-68, etc...

D'une manière générale, on peut constater que le R.O.C., fortement positif chez les enfants, se montre particulièrement exagéré chez ceux qui ont une forme prolongée d'E.E.

Obésité. — Signalée chez l'adulte par Meige (1), Valassopoulo (2), Livet (3), Nonécourt (4), Barkman (5), Mlle G. Lévy (6), Roger et Aymès (7), elle est fréquemment observée chez l'enfant. Nobécourt (8), à propos d'une fillette de 12 ans et demi, signale que « cette enfant, qui n'avait jamais été grosse, qui avait maigri pendant sa maladie et était encore très amaigrie au mois de novembre, pèse, le 31 janvier, 43 kg. 200. Elle mesure 1 m. 40, et le rapport du poids à la taille est 308. Son poids est supérieur de 9 kg. à la moyenne ». Louis Livet (9) a vu un jeune homme de 16 ans dont le poids a passé « de 64 à 69 kg... C'est en un mois et demi que le syndrome obésité s'est constitué ».

(1) Meige. Société de neurologie 2 décembre 1920. Deux séquelles encéphaliques juxtaposées chez un même sujet.

(2) Valassopoulo. Soc. méd. des Hôp. 7 mai 1920. L'E.E.

(3) Livet Ibid. N° 15 1921. L'obésité consécutive à l'E.E.

(4) Nobécourt ibid. N° 17 1921. L'obésité dans l'E.E.

(5) Barkman. Acta medica Scandinavia t. LVI N° 2 février 1922. Troubles de la fonction hypophysaire consécutifs à une E.E.

(6) Mlle G. Lévy. Loc. cit.

(7) Roger et Aymès. Obésité transitoire dans quatre cas d'E.E. avec syndrome parkinsonnien. Soc. méd. des Hôp. 4 août 1921.

(8) Nobécourt. Loc. cit.

(9) Louis Livet. Loc. cit.

« Une enfant de 9 ans, écrivent Roger et Aymès (1), atteint en février 1920 de délire fébrile avec mouvements choréiques, puis somnolence, que nous avons suivie de janvier à juillet 1921, avec le même facies atone, la même attitude soudée (corps penché en avant pendant la marche), la même hémiparésie faciale gauche et les mêmes mouvements de pianotement des doigts, surtout de la main droite: Or, cet enfant offrait un facies jouflu, un embonpoint assez marqué, différent de sa maigreur antérieure. Son poids qui, avant la maladie, était de 26 kg., était passé à 28 kg. un mois après l'épisode aigu, s'est élevé en quelques semaines à 31 kg., soit une augmentation de 5 kg., chiffre assez considérable pour un enfant. Il se maintient actuellement aux environs de 30 kg. Les urines examinées à diverses reprises ne contiennent ni sucre, ni albumine ».

Deux cas comparables sont relatés par Bartolini (2) « Un adolescent de 13 ans (Feudel (3) fut atteint en janvier d'une encéphalite caractérisée par de la fièvre, de la somnolence, du ptosis, puis du strabisme et des mouvements choréiformes. La mère l'amena, au mois d'avril, au médecin, parce qu'il prenait un embonpoint inquiétant; la répartition de l'adipose était celle des syndromes hypophysaires, mais les organes génitaux paraissaient en rapport avec l'âge ».

(1) Roger et Aymès. Loc. cit.

(2) Bartolini. Syndromes adiposo-hypophysaires consécutifs à l'E.E. (Revista di frenatri. Janvier 1922.

(3) Feudel cité par J. Mouzon. Les syndromes du groupe infundibulo-hypophysaire dans l'E.E. Presse médicale. 3 février 1923.

MM. Mouriquand et Dechaume (1) ont présenté une fillette de 13 ans et demi, sans hérédité et sans tendance à l'obésité, qui, au cours et à la suite d'une encéphalite épidémique en janvier 1920, a fait une obésité progressive avec boulimie intense et persistante. Ni polyurie ni polydipsie nette. Elle mesure 1 m. 45, pesait le 27 février dernier 56 kilos 300 et aujourd'hui atteint 58 kilos 950. On ne constate aucune séquelle motrice ou sensitive post-encéphalitique. Pas de glycosurie. La radiographie de la selle turcique est normale. Règles régulières. Aucun trouble endocrinien. Il ne persiste qu'une boulimie très marquée avec obésité encore progressive à l'heure actuelle.

Certains auteurs ont voulu voir dans ces obésités encéphalitiques des troubles consécutifs à des lésions des glandes endocrines, des reliquats possibles de lésions du centre hypothétique de la nutrition dans la région du 3^e ventricule. Ils passent sous silence ou mentionnent sans insister la boulimie. L'intensité et la persistance de ce phénomène, dans le cas de Mouriquand et Dechaume, font penser à ces auteurs que l'obésité est due à cette suralimentation exagérée, tout en laissant ouvert le champ des hypothèses sur l'origine réelle de cette boulimie.

Nous ajouterons à ces cas deux de nos malades : —

Paul D., 9 ans (obs. 9), a beaucoup engraisé depuis L.E.E. (44 kg. au lieu de 36). La peau des membres est infiltrée et rugueuse. L'enfant a souvent froid aux

(1) Mouriquand et Dechaume. Obésité post-encephalitique chez une enfant. Presse médicale. 24 mars 1923.

pieds. La pression artérielle au Pachon est de Mx 11 Nn 7 1/2. D. Joséphine, 10 ans (obs. 10). « Poids 50 kg. 500. Infiltration du tissu cellulaire. Face élargie et arrondie. Corps thyroïde imperceptible... La malade mangeait beaucoup plus qu'avant sa maladie, surtout du beurre, et buvait de telles quantités d'eau qu'on était obligé de lui enlever la carafe, ce qui faisait qu'elle allait en cachette boire à la fontaine. »

Pour Livet, cette obésité aurait « un rapport avec une répercussion du processus infectieux sur certaines glandes à sécrétions internes : hypophyse et peut-être aussi corps thyroïde et glandes génitales. Pierre Marie, Tretiakoff, Mlle G. Lévy n'ont pas trouvé de lésions de l'hypophyse. Aussi J. Mouzon pense-t-il que ces cas, ainsi que ceux de syndrome adiposo-génital et de polyurie, traduisent l'extension des lésions encéphalitiques aux centres gris de la base du 3^e ventricule.

Troubles respiratoires. — Nous y insistons parce que nous les avons souvent constatés et parce que nous avons observé un cas remarquable qui a fait l'objet d'une présentation à la S.C.M.M. (1).

On ne saurait mieux que P. Marie, L. Binet et Mlle L. Lévy (2) les décrire et les classer. Les auteurs distinguent :

- 1° Des troubles respiratoires proprement dits. Polypnée surtout ;
- 2° Des phénomènes surtout spasmodiques ;

(1) Robin. Troubles mentaux liés à l'E.E. chez les enfants. Troubles mentaux et troubles respiratoires. (S.C.M.M. nov 1922.)

(2) Les troubles respiratoires de l'E.E. par MM. P. Marie, L. Binet et Mlle Lévy. Soc. Méd. des Hôp. 7 juillet 1922.

3° Manifestations à caractères de tics respiratoires.

Les phénomènes les plus rarement observés chez les enfants nous paraissent être ceux de toux spasmodique. Signalons, cependant, Germaine C. (1), âgée de 14 ans et demi, qui aurait, « avant de s'endormir une sensation de picotement à la gorge et des quintes de toux incessantes... Ce serait des petites saccades de toux répétées, comme le début d'une quinte de coqueluche, mais sans la terminaison habituelle de la quinte vraie ». Et aussi Lucienne V., 13 ans.

« A la fin d'avril, elle a commencé à « grailonner », « comme si elle avait eu quelque chose dans la gorge. « Puis elle s'est mise à tousser sans arrêt « comme si « elle avait eu la coqueluche ». Elle avait une inspiration sifflante à la fin des quintes. Cette toux durait « toute la journée jusqu'à ce que l'enfant s'endorme et « n'a cessé qu'au bout d'un an environ, en mai 1922. « En juin 1920, comme l'enfant, qui continuait à tousser, salivait beaucoup et crachait, sans aucun signe « d'auscultation appréciable, elle a été radioscopée à « l'hôpital Saint-Louis, et on a conclu à des « troubles névropathiques purs, sans lésion organique ». « En outre, pendant les mois suivants, l'enfant, qui « était auparavant très intelligente et travaillant remarquablement bien, est restée « engourdie ». Elle « ne jouait plus, ne travaillait plus, s'ennuyait, avait « perdu le goût de tout ». De février 1921 à mai 1921, « on a essayé de la remettre à l'école. Mais elle ne pouvait pas suivre. En outre, elle toussait continuelle-

(1) Mlle Lévy. Loc. cit.

« ment, soufflait dans son mouchoir, comme pour se
« moucher, et on l'appelait « la folle », ce qui semble
« avoir beaucoup peiné l'enfant ».

Les tics respiratoires consistent en a) ronflement b)
sputation et soufflement buccal c) soufflement nasal.

G. Armand (obs. 3) salive et crache à la tête de tout
le monde. — M. G. Georges (obs. 1), soufflait bruyam-
ment et ce tic s'est amélioré. — P. Robert (obs. 4) qui a
été également observé par Mlle G. Lévy « ne s'arrête
pas de souffler dans le vide, sur les objets ou dans le
creux de ses mains réunies en cornet. Il fait circuler
constamment sa langue dans sa bouche, renifle, etc. »
— P. Laurent (obs. 5) s'est mis, à partir du 12 août 1922,
à souffler bruyamment dans le vide, mais le personnel
infirmier a remarqué que cette habitude est survenue
à la vue d'un malade qui avait le même tic.

La polypnée nous retiendra davantage. Voici com-
ment la décrivent P. Marie, L. Binet et Mlle G. Lévy.

« Cliniquement, elle se présente exactement dans
« certains cas, comme la polypnée thermique du
« chien ; le malade a l'aspect d'un individu qui vient
« de courir trop vite et trop longtemps. L'inspiration et
« l'expiration sont très rapides : cette dernière est par-
« ticulièrement bruyante, se termine parfois par une
« sorte de râclément sonore de l'arrière-gorge.

« Cette tachypnée peut être permanente ou paroxys-
« tique.

« I. Polypnée paroxystique.

« Par crises. »

« Il faut noter l'apparition fréquente de ces crises.

le soir, vers 5 heures où à la tombée de la nuit.

« On sait que cet horaire particulier est un des
« signes caractéristiques des phénomènes d'excitation
« de l'E.E. et tout spécialement chez l'enfant.

II. Polypnée permanente.

« Il peut s'agir d'une simple accélération du rythme
« respiratoire de 20 à 50 respirations par minute.

« Le symptôme est fréquent, mais passe inaperçu si
« on ne le recherche pas systématiquement.

« On peut alors observer :

« De la petitesse et des irrégularités du pouls ;

« Un abaissement très marqué de la tension arté-
« rielle ;

« De la cyanose et du refroidissement des extrémi-
« tés, sans aucun phénomène de vraie asystolie cepen-
« dant.

« Cette polypnée constante, est cependant soumise à
« certaines influences psychiques.

« Il nous a paru, par exemple, que l'attention sou-
« tenue pouvait temporairement suspendre le trouble
« (acte d'écrire, acte de broser).

« La volonté du sujet ne paraît pas avoir de pouvoir
« inhibitoire au delà de quelques secondes ».

Trois observations d'enfants atteints de ces troubles nous ont paru devoir retenir l'attention. L'une de polypnée permanente revient à Marinesco (1). Nous en détachons le résumé dans la thèse de Hardouin (2).

(1) Marinesco *Revue neurologique*. Janvier 1921.

(2) B. Hardouin. *Troubles respiratoires dans les états parkinsoniens liés à l'E.E.* Thèse de Dijon. 1921.

« Enfant de 12 ans. — A été pris en janvier 1920, de
« céphalée, de fatigue alternant avec de l'agitation...
« puis, crises de sommeil. La température n'a pas dé-
« passé 37° pendant toute l'évolution de la maladie.

« Un mois après, il a présenté certains mouvements
« rythmiques au membre supérieur gauche et au mem-
« bre inférieur droit.

« Juin 1920. — Ce qui frappe tout d'abord dans son
« état, c'est que les mouvements rythmiques du mem-
« bre supérieur gauche, s'accompagnent de mouve-
« ments des muscles de la cage thoracique.

« Il y a, tout au moins en apparence, une synergie
« entre les mouvements du biceps gauche et les mou-
« vements respiratoires.

« Le sommeil et l'effort exercent une influence nota-
« ble sur les mouvements respiratoires.

« Ce qu'il y a de plus important, c'est que l'enfant a
« de la tachypnée, et que les mouvements respiratoires
« sont synergiques avec la contraction du biceps gau-
« che ; le nombre des mouvements respiratoires et des
« contractions du biceps est de 41 par minute, tandis
« que le cœur bat à 80.

« Il n'y a pas de coïncidence absolument syn-
« chrone, étant donné que les mouvements respira-
« toires s'exécutent approximativement un cinquième
« de seconde avant la contraction du biceps.

« La méthode graphique a montré que le mouve-
« ment respiratoire affecte une forme spéciale : il se
« caractérise par l'apparition de mouvement respira-
« toires bigémînés après une, deux ou trois respirations

« complètes. Les mouvements du biceps offrent également un état bigéminé.

« Ce phénomène se modifie pendant le sommeil : à mesure que le sommeil s'accuse, le rythme respiratoire se modifie ; la fréquence diminue de 41 à 22 et se rapproche par conséquent du type normal.

« Au moment du réveil le phénomène inverse se produit, et la fréquence augmente ».

Le malade de 15 ans, présenté par Roubinovitch, Barük et Bariéty, est un cas de tachypnée paroxystique.

« On est tout de suite frappé dès le début, de l'examen par les modifications du rythme respiratoire : ce sont des mouvements inspiratoires et expiratoires rapides, réguliers (environ 60 par minute et bruyante du type de la respiration d'essoufflement, d'amplitude à peu près égale pour chaque mouvement, le rapport de l'inspiration à l'expiration est renversé, l'expiration étant très allongée et suspirieuse. Cette série de mouvements respiratoires dure en moyenne une à deux minutes, parfois moins ; généralement, ils sont suivis d'une pause respiratoire, parfois même d'une véritable phase d'apnée. Durant ces moments, on ne note aucun phénomène de cyanose, le pouls reste régulier et bien frappé, cependant la tension artérielle semble un peu plus élevée qu'habituellement. Enfin, le malade accuse durant cette période, une légère sensation de dyspnée. Par contre, l'examen du thorax et de l'appareil respiratoire reste entièrement négatif. Ces mouvements respiratoires apparaissent à inter-

« valles plus ou moins rapprochés dans la journée, ils
« ne semblent pas plus fréquents le soir, ils sont plus
« marqués lorsque le malade marche, ou fait un effort
« physique, ils s'atténuent quand on fixe l'attention du
« malade, ils peuvent être momentanément suspendus
« sous l'influence de la volonté ; enfin, ils disparaissent
« durant le sommeil ».

Nous reprenons la description des troubles respiratoires de notre malade (obs. 15) dont l'observation est relatée plus haut.

« Lorsque nous avons examiné Roger C. pour la première fois, le 22 juillet 1922, nous avons été frappé
« par une phase d'apnée de durée variable pendant laquelle les joues pâlisent, les lèvres se cyanosent, deviennent turgescents, laissant couler un filet de
« salive. Puis, brusquement, le malade fait une inspiration bruyante à laquelle succède une inspiration soufflante. Le rythme respiratoire d'abord lent, se
« précipite faisant d'abord songer au début du rythme de Cheyne-Stokes. Le facies devient vultueux jusqu'à
« ce que vienne une phase d'apnée, marquée par la vaso-constriction des vaisseaux. Depuis le mois
« d'octobre, ce rythme respiratoire n'a pas tendance à s'accélérer ; il est devenu plus régulier, demeurant à
« raison de 50 respirations par minute. Entre la tachypnée et l'apnée, existent des périodes normales et
« régulières quant à la fréquence des mouvements respiratoires. Le pouls bat à 102. Le réflexe oculocardiaque est fortement positif, le pouls tombe de 102
« à 64. Après les phases de tachypnée, l'enfant est fati-

« gué : « J'ai besoin de dormir, dit-il, et les réponses
« qu'il fournit, sont lentes et paresseuses. Ces troubles
« respiratoires subissent une exacerbation nocturne et
« l'émotion accélère leur rythme, rend la respiration
« plus bruyante. Il arrive que les phases d'apnée, sur-
« tout sous une influence émotionnelle, se compliquent
« d'un vertige, durant environ 40 secondes, au cours
« duquel le malade a le regard vague, ne répond pas
« aux questions, mais ne présente pas de perte de con-
« naissance.

« Au cours de la tachypnée paroxystique, Roger C.
« a fréquemment des crises de larmes, se gratte, s'écor-
« che, pousse des cris, surtout la nuit. Il serre les mâ-
« choires, grince des dents, comme s'il avait un accès
« de rage et se mord la lèvre inférieure, laquelle est
« profondément ulcérée. A ce point que le malade sup-
« plie qu'on lui arrache les dents de la mâchoire supé-
« rieure.

« Ces troubles respiratoires ne sont pas modifiés
« par la position couchée. »

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une enfant, mais d'une
femme de 22 ans, nous citons le cas « d'arythmie res-
piratoire et troubles mentaux, séquelles probables d'en-
céphalite épidémique » publié par J. Capgras et
J. Reboul-Lachaux à la S.C.M.M. (Juillet 1922), à cause
de la discussion qui suivit la présentation de la malade.

« M.H. Colin. — L'on peut remarquer que la polyp-
« née cesse pendant que la malade récite.

« M. Capgras. — Les troubles respiratoires cessent en
« effet à l'occasion de certains actes, et de certaines

« émotions. A cause de cela, j'avais un instant pensé
« au pithiatisme. Mais l'on se trouve en présence d'un
« tel ensemble de signes organiques et fonctionnels,
« que je crois qu'il faut écarter cette idée.

MM. Chiray et Lafourcade (1), ont montré à la Société Médicale des Hôpitaux, un malade atteint de troubles respiratoires identiques, et attirèrent l'attention sur un signe radiologique spécial à cette dyspnée : le mouvement du diaphragme « en battements d'ailes ».

J. Babinski et Charpentier, présentèrent à la Société de Neurologie le 9 novembre 1922, un « syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec troubles respiratoires.

« Le point sur lequel les auteurs attiraient particulièrement l'attention est l'inhibition transitoire que
« semblent exercer parfois sur ces phénomènes, des
« actions psychiques. Une de leurs malades déclare
« qu'elle a pu en plusieurs circonstances, par un effort
« de volonté, retrouver pour quelque temps, une respiration normale. M. J. Bériel a déjà signalé, d'ailleurs, des faits analogues. De leur côté, ils sont parvenus maintes fois à atténuer très notablement, les
« troubles au bout de quelques instants, en faradisant
« la région cervicale et en affirmant à la malade que
« ce moyen thérapeutique était efficace. La sédation
« obtenue par un procédé qui paraît surtout avoir pour
« effet, de modifier l'état psychique du sujet, pourrait

(1) Encéphalite épidémique à séquelles combinées, respiratoires, bradytrophiques, psychiques, policencéphalite basilaire unique ou polio-encéphalite à foyers multiples. M.M. Chiray et Lafourcade. Soc. méd. des Hôp. 2 mars 1923.

« donner l'idée que l'on a affaire à un phénomène hystérique ; mais en réalité, il n'en est pas ainsi. Le trouble, après une régression d'une durée quelquefois assez longue, il est vrai, se reproduit et aujourd'hui, après plusieurs mois de traitement, il subsiste. On peut le rapprocher à cet égard, des mouvements de la maladie des tics convulsifs susceptibles d'être enrayés temporairement par un effort de volonté comme le faisait remarquer Charcot.

M. Souques, à ce propos, relate un cas de tachypnée d'apparence hystérique, cédant à l'injonction de la volonté et où le sujet mourut 5 jours après, d'encéphalite léthargique.

Hardouin (1) à propos d'une malade, réfute l'hypothèse de l'hystérie.

« On trouve un certain nombre de troubles respiratoires ayant l'hystérie pour origine, mais un seul est intéressant pour nous, c'est la dyspnée hystérique.

« Elle est caractérisée par une accélération extrême des mouvements respiratoires qui peuvent atteindre le nombre de 170 à 180 par minute. C'est une véritable polypnée. La respiration se fait sans bruit, sans effort, sans cyanose, le pouls restant à 60 ou 80 pulsations. Cette dyspnée disparaît dans le sommeil.

« Elle survient par accès qui durent 3 ou 4 heures et s'accompagne souvent de quelques symptômes, qui permettent de l'assimiler à des attaques d'hystérie.

« Elle peut, dans d'autres cas, exister à l'état permanent et coïncider ou non, avec des attaques convul-

(1) Hardouin. Loc. cit.

« sives.

« Avec ou sans polypnée enfin, on peut observer
« une respiration saccadée.

« A première vue cette dyspnée hystérique paraît
présenter une certaine analogie avec les troubles respi-
ratoires que nous étudions. En réalité, elle en diffère
par les caractères essentiels suivants :

« La micropnée ne disparaît pas dans le sommeil,
« comme le fait la dyspnée hystérique ; on constate
« simplement, que sa fréquence s'atténue légèrement,
« comme à l'état normal. »

Cet auteur émet l'hypothèse, au niveau du corps
strié, de centres respiratoires chargés de la régulation
et de la coordination des mouvements respiratoires.

Nous n'avons repris ces observations, et noté les ré-
flexions qu'elles ont suggérées, qu'afin de dégager deux
points qui nous paraissent essentiels :

1° Une étiologie infectieuse aussi précise que l'E.E.
dans les conditions où nous l'avons étudiée, permet de
fixer à ces troubles respiratoires, une base organique ;

2° Les facteurs psychiques, particulièrement ceux
de nature émotionnelle et volitionnelle, exercent sur
ces troubles, une influence indéniable. Cependant, elle
ne paraît pas autoriser l'expression, à la vérité exces-
sive, de pithitiatisme.

*
* *

Les conclusions où nous arrivons pour les troubles
respiratoires, peuvent-elles s'appliquer à l'ensemble
des manifestations organiques que nous venons de pas-

ser en revue? Il est bien difficile en général, de faire la part des lésions organiques et des troubles fonctionnels. Cependant, à propos de nos obs. 1, 8, 12 où l'on voit la tête du malade fixée dans une attitude vicieuse, Claude (1) faisait remarquer que « des phénomènes récemment encore considérés comme purement fonctionnels, nous apparaissent dans l'E.E. comme sans doute conditionnés par des lésions organiques. C'est ainsi, disait-il, que l'on rapporte à des lésions probables des corps striés un syndrome analogue à ce que l'on nommait le torticolis mental et que l'on remarque souvent dans cette affection.

Cependant, le psychisme a une action nette : Germaine B. âgé de 7 ans 1/2, lorsqu'on lui adresse la parole, relève la tête qu'elle tient normalement inclinée sur l'épaule droite.

Ainsi, à propos des troubles de l'écriture dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques (3), J. Froment fait remarquer qu'il suffit de faire écrire le malade sur du papier rayé en doubles lignes, pour faire disparaître d'emblée la micrographie ou l'irrégularité extrême (écriture désordonnée et en cercle que l'on observe chez de tels malades.) Cette transformation n'implique aucune rééducation préalable et l'écriture ainsi modifiée est de suite aussi rapide et aussi aisée.

(1) Claude. Discussion. Communication par G. Robin. Séquelles mentales de l'E.E. chez les enfants. S. C.M.M. 7 juillet 1922.

(2) Hamel et Merland. Loc. cit

(3) Troubles de l'écriture dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques J. Froment. Soc. méd. des Hôp. de Lyon 23 janvier 1923

Ce fait qui semble constant, paraît montrer que ces troubles de l'écriture, sont moins sous la dépendance des troubles de la motilité proprement dite que de l'état psychique et de l'inertie mentale avec tendance aux gestes stéréotypés.

A quel point la question des rapports organiques et psychiques est difficile à trancher, c'est ce que montre Laignel-Lavastine (1) à propos d'une communication de Briand et Rouquier : « Ces auteurs, ont observés depuis le début de l'épidémie actuelle d'encéphalite, au Val-de-Grâce, un certain nombre de malades chez lesquels, disent-ils, en dehors de toute suggestion, des syndromes parétiques, choréiformes, pseudo-athétosiques, revêtent les caractères autrefois attribués aux états que l'on qualifiait de pithiatiques ou d'anorganiques. Ces malades sont tous, au point de vue intellectuel, des débiles, et l'influence du psychisme, modifiant, transformant ou fixant ultérieurement leur symptomatologie, est, chez eux, secondaire comme elle est incontestable. »

« Or, j'ai vu, dit Laignel-Lavastine, deux de ces malades : l'un avait un syndrome de Weber avec myoclonie, l'autre un syndrome parkinsonien. Je n'ai pas trouvé chez eux, la moindre manifestation hystérique. Ils n'avaient pas d'antécédents hystériques. Peut-être étant soldats, avaient-ils cherché à tirer le meilleur parti de leur affection. C'est la réaction banale de tout « accidenté », mais sous peine de ne plus s'entendre, il

(1) Laignel-Lavastine. Les troubles psychiques de l'E.E. Gazette des Hôpitaux. Avril 1921.

ne faut pas confondre des symptômes résiduels, aujourd'hui banals, de l'encéphalite avec l'hystérie et le premier degré de la sinistrose ».

Cependant, le même auteur admet l'hystérie post-encéphalitique quand il cite une observation de Roger et Chaix (1) concernant un enfant qui a fait selon toute vraisemblance, une infection légère à prédominance encéphalique, à laquelle ont succédé des crises de léthargie névropathique, qui ont elles-mêmes fait place à une narcolepsie rythmée. Ce cas ne nous paraît pas probant quant à l'origine pithiatique.

Nous croyons qu'il faut être très prudent quand il s'agit d'accidents pithiatiques. Plus nous constatons l'influence du psychisme sur les troubles moteurs, plus aussi nous voyons l'anatomie pathologique révéler une origine organique à des troubles considérés jusqu'à ce jour comme fonctionnels. Aussi, ne croyons-nous pas devoir modifier les conclusions très générales que nous exprimions à-propos des perturbations respiratoires.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des manifestations mentales tardives de l'E.E. chez l'enfant, soulève bien des problèmes. Beaucoup d'auteurs, en présence d'un syndrome déterminé, hésitent à juste titre à le rattacher à l'E.E. Nous croyons, en effet, qu'il faut se montrer très réservé dans l'appréciation de ces troubles et nous allons essayer de poser quelques points de repère. Nous nous placerons à un point de vue exclusivement pratique.

(1) Roger et Chaix. Pseudo-encéphalite-névropathique. Paris. Méd. 19 avril 1920.

afin de montrer, en quelque sorte, au clinicien les étapes qu'il lui faudra parfois franchir pour aboutir à un diagnostic exact.

Les renseignements de la famille ou de l'entourage immédiat du malade sont souvent indispensables pour établir avec certitude un diagnostic rétrospectif. On recherchera :

1° *L'état antérieur.* Avant de rattacher à l'EE., les troubles mentaux d'un enfant, il est de toute nécessité d'établir qu'ils faisaient défaut avant l'éclosion de la névraxite épidémique. Si elle frappe des individus antérieurement tarés, nous verrons plus loin la note originale que l'E.E. pourra apporter aux signes organiques ou mentaux de la dégénérescence. L'enquête portera sur les antécédents héréditaires, les incidents de la grossesse, la naissance de l'enfant, l'âge où le regard s'est fixé, l'âge de la marche spontanée, des premiers mots, des premières phrases, sur la propreté de l'enfant, ses premiers jeux, son écolage, son intelligence et son caractère, ses antécédents pathologiques (maladies infectieuses, végétations, rachitisme, convulsions, etc.).

2° *Les manifestations de la période aigüe.* — Nous nous trouvons en présence d'un enfant que nos renseignements nous permettent de considérer comme ayant été absolument normal avant la maladie. On nous affirme que cette maladie est l'E.E. Comment nous rallierons-nous à cette opinion, surtout si l'enfant que nous examinons ne présente plus aucun symptôme organique, ce qui est le cas pour quelques-uns de

nos malades. Dans l'histoire du malade, l'enquête portera sur les points suivants, nous empruntons à Mlle Lévy (1) l'énumération des symptômes :

1° *Les troubles du sommeil* : insomnie, somnolence, et presque toujours les deux alternativement ;

2° *Les troubles oculaires* : diplopie, vision double, parfois strabisme ;

3° *La céphalée* à localisation occipitale, avec raideur douloureuse de la nuque ;

4° *Les spasmes faciaux* ou les états parétiques d'une hémiface ;

5° *Les troubles de la musculature masticatrice* : troubles excito-moteurs ;

1° *La salivation anormale*, plus ou moins abondante et durable.

La fièvre peut exister ou avoir manqué complètement au cours de l'épisode primitif.

Lorsqu'elle existe, elle est d'intensité extrêmement variable. Certains malades n'ont jamais dépassé 38. certains autres atteignent d'emblée 39 ou 40.

Mais il faut surtout bien savoir que l'épisode primitif peut être absolument fruste et passer complètement inaperçu.

Certains malades sont devenus parkinsoniens sans jamais avoir été alités une journée.

C'est surtout dans l'histoire de ces malades-là qu'il faudra rechercher avec soin les troubles du sommeil, les troubles oculaires fugaces (diplopie pendant quel-

(1) Mlle Lévy. Loc. cit.

ques heures, visions troubles pendant quelques jours, phénomènes de micropsie, ou de macropsie exceptionnelles.

C'est aussi à propos des formes frustes que des signes plus accessoires prennent toute leur valeur.

Nous insisterons à ce propos sur :

a) Les crises d'agitation psycho-motrice vespérale et en particulier des crises de tremblement généralisé ; les crises de bâillement ; les crises de grincement des dents ;

b) Les crises névralgiques au niveau de la face : région sus-orbitaire, région maxillaire ;

c) La sensation de gêne pharyngo-laryngée ;

d) Les troubles respiratoires ;

e) Une sensation de tête vide, d'ivresse, pouvant aller jusqu'à la vraie titubation ;

f) Les poussées articulaires douloureuses avec tuméfaction, précédant et localisant les troubles moteurs.

Nous demanderons les résultats de la ponction lombaire si elle a été pratiquée.

Les renseignements permettront bien rarement de reconstituer l'ensemble complet des manifestations aiguës. Le peu qu'ils nous fourniront aura la valeur de présomptions en faveur du diagnostic d'E.E.

Notre premier devoir sera de vérifier sur le malade lui-même les déclarations de la famille ou de l'entourage. En d'autres termes, le syndrome que nous constatons, une autre affection pourrait-elle l'avoir déterminé ? C'est ainsi que nous ne mettrons pas sur le compte de l'E.E. des troubles mentaux causés par une maladie

infectieuse, une méningite, une encéphalopathie aigüe, etc...

Inversement, il faudra penser à l'E.E. et dans le désir de ne pas attribuer à la névrauxite épidémique ce qui ne lui revient pas, ne pas faire rentrer dans le cadre de ces affections, un syndrome lié à l'E.E. C'est ainsi que certains cas de chorée ont pu être rapportés à l'E.E.

Quels seront à ce sujet nos moyens de diagnostic?

Méningite. — Bien que nous n'ayons en vue que les manifestations tardives de l'E.E., il est indispensable de savoir dépister la méningite, quand nous recevons les renseignements des familles sur la période aigüe de la maladie. Il y a des cas très difficiles, tels que celui de Loeper et Forestier (1), où une épendymite mesocéphalique à streptocoques donna lieu à un tableau comparable à celui de l'E.E. En général, les vomissements sont bien plus communs dans les méningites que dans l'E.E. ; le signe de Kernig est aussi plus habituel, plus net et plus stable. Dans la méningite cérébro-spinale, les taches ecchymotiques, ont une grande valeur sémeiologique. Dans la méningite tuberculeuse, on note souvent la dissociation du pouls et de la température. (2). Mais les signes différentiels les plus sûrs sont fournis par la ponction lombaire. D'après Lesné (3), dans la méningite, le liquide est beaucoup plus hyper-

(1) Loeper et Forestier. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., Paris. 11 février 1921.

(2) Achard. Loc. cit.

(3) Lesné. Encéphalites aigües chez l'enfant. Soc. de Pédiatrie. 15 février 1921.

tendu, il y a augmentation de l'albumine et diminution du sucre, alors que c'est l'inverse dans l'E.E. Enfin et surtout, dans la méningite, les ponctions répétées montrent une lymphocytose de plus en plus marquée, tandis que dans l'E.E., si elle existe, elle diminue avec les ponctions. Il est vrai que l'hyperalbuminose a été signalée dans de nombreux cas d'E.E., notamment par Nobécourt (1) et par Roubinovitch, Barük et Bariéty (2). Cependant, dans les manifestations chroniques, ces constatations gardent toute leur valeur, notamment l'hyperglycorrachie. Dans les cas où il n'existe pas de manifestations organiques, pourra-t-on faire la discrimination? Il est rare que les troubles psychiques consécutifs à une méningite ne s'accompagnent pas de séquelles physiques, (paralysies flasques ou spasmodiques). Hutinel écrit à propos des « séquelles de méningites aiguës.

« Quant aux troubles psychiques, nous n'avons encore que peu de données sur leur importance. Il est certes probable qu'un enfant dont l'encéphale a été, à un moment donné, recouvert de pus, puisse présenter des troubles dans son développement intellectuel. La débilité intellectuelle, l'idiotie chez le jeune enfant, la démence chez les grands peuvent aussi être la suite d'une méningite. Dans les antécédents héréditaires des enfants épileptiques, on trouve souvent signalées des méningites, mais en l'absence de ponction lombaire, ces soi-disant méningites n'étaient peut-être souvent

(1) Nobécourt, *idem*.

(2) Roubinovitch, Barük et Bariéty. *Loc. cit.*

que des convulsions, de même nature que la névrose constatée plus tard. »

La débilité intellectuelle, l'idiotie, la démence sont exceptionnelles chez nos malades. D'une manière très générale, on peut dire que les troubles psychiques liés aux méningites s'attaquent à l'intelligence, les troubles liés à l'E.E. au caractère.

Encéphalopathies aigües. — Nous employons ce terme avec Babonneix et Voisin qui le préfèrent à celui d'encéphalite ou de paralysie cérébrales. Il est évident que la connaissance de l'état antérieur, écarte la diagnostic de méningo-encéphalite chronique, simple ou syphilitique, étudiée par Bourneville. Si l'on en croit Comby (1), la dissociation entre encéphalite aigüe et encéphalite épidémique, serait impossible.

Harvier et Netter s'élevaient contre cette manière de voir et, se basant sur l'anatomie pathologique, faisaient remarquer qu'on trouve dans les encéphalites aigües, des lésions macroscopiques énormes et dans l'E.E. des foyers discrets, microscopiques siégeant dans le mésocéphale.

Dans les manifestations tardives de l'E.E., les signes organiques permettent d'être distingués de ceux des encéphalites. Nous les avons énumérés plus haut et nous pouvons remarquer qu'ils diffèrent des convulsions, de l'hémiplégie cérébrale infantile, de la maladie de Little, du syndrome pseudo-bulbaire, tous symptômes liés à une atteinte encéphalitique.

(1) Comby. Loc. de Pédiatrie. 15 février 1921.

Au point de vue mental, un seul point suffirait à nous démontrer qu'il est regrettable de vouloir identifier l'E.E. et les encéphalites aiguës. C'est la différence entre l'état inintelligent, — voisin de l'idiotie, — des cas de M. Comby et celui de nos malades (ralentissement psychique sans signes de débilité mentale). De plus, les troubles du caractère, avec agitation psychomotrice, sont dans nos observations bien particuliers.

Mouvements choréiques. — Babonneix (1), malgré l'opinion de Barbier et de Guinon, se base sur l'endocardite pour trancher entre la chorée vraie et les mouvements choréiformes de l'encéphalite. La distinction nous paraît beaucoup plus difficile et s'il existe des mouvements choréiques (ou pseudo-choréiques rythmés), plus fréquents sont les mouvements choréiques arythmiques analogues à ceux de la chorée de Sydenham.

« En ce qui concerne le caractère même des mouvements choréiques, il nous paraît qu'on peut noter quelques différences entre les cas habituels de la chorée de Sydenham et les secousses choréiformes de l'encéphalite. Dans la chorée vraie, les mouvements, d'ordinaire, sont plus étendus, plus complexes, moins limités à un muscle ou à quelques groupes musculaires ; ils montrent aussi plus de variété ; ils ont davantage le caractère de gestes illogiques, de contorsions motrices. Les choréiques semblent avoir une instabilité motrice plus continue que les malades atteints d'encéphalite du

(1) Babonneix. Société de pédiatrie, 25 février 1921. Encéphalites aiguës chez l'enfant.

type myoclonique. Cela ne veut pas dire qu'il en soit toujours ainsi ni qu'on puisse toujours faire une distinction nette entre les deux états morbides. Mais il me semble, d'après l'histoire de la chorée de Sydenham, d'après certains de ses caractères cliniques, qu'il est impossible encore de l'assimiler entièrement à l'encéphalite. Il ne paraît pas douteux que certains cas, qualifiés de chorée, devaient revenir à l'encéphalite, mais on ne saurait sans exagération, rayer la chorée de Sydenham de la nosologie et n'en faire qu'une des modalités de l'encéphalite léthargique. »

Mlle Lévy ne se dissimule pas la difficulté de distinguer entre les différents mouvements choréiques par leur seule morphologie. Aussi, se réfère-t-elle à :

« Leur mode d'apparition.

« Aux symptômes qui les accompagnent.

« Au terrain sur lequel ils évoluent.

« A cette évolution même enfin. »

En effet, les mouvements choréiques de l'E.E. prolongée chez l'enfant, font partie d'un syndrome organique dans lequel ils n'ont qu'une valeur symptomatique. Ils sont dans les formes prolongées ou très discrètes ou très rares, ainsi qu'on a pu juger par nos observations.

Il est évident que même au point de vue mental, le diagnostic peut être difficile, puisque dans la chorée on rencontre la diminution de l'attention et de la mémoire, la mobilité des idées, l'hébétude, la torpeur et des troubles du caractère (irritabilité, émotivité morbide, violences par intervalles). Cependant, les

troubles mentaux de l'E.E., s'ils se rapprochent dans l'ensemble de cette symptomatologie, revêtent des caractères bien précis ; agitation psycho-motrice avec phases d'excitation, fugues, taquineries, impulsions avec regrets des actes, exigences de toutes sortes, conscience de l'état morbide. La réunion chez le même malade de signes physiques propres et de troubles mentaux bien particuliers, aidera à une discrimination dès l'abord difficile.

Maladies infectieuses. — Nous voulons surtout parler de la fièvre typhoïde. Un tel diagnostic avec les formes prolongées de l'E.E., peut surprendre. Cependant, nous avons entendu certains auteurs assimiler les accidents tardifs de l'E.E. à ceux d'une dothiènement-térie. Trois objections au moins à cette manière de voir nous semblent fondamentales :

1° L'anamnèse des accidents aigus ;

2° Les manifestations organiques tardives de l'E.E. ne ressemblent en rien à celles que peut laisser une fièvre typhoïde (myocardite, artérite, complications ostéo-articularis, etc) ;

3° Le cas de syndrome parkinsonien post-typhique observé par Pennato (1) chez un enfant de 12 ans est bien exceptionnel. Les complications intellectuelles post-typhiques affectent presque toujours la forme de confusion mentale. Ces troubles durent en général, 15 jours et dépassent rarement 2 mois. Nous croyons avec Pehu et Bertoye (2) que « ces états mentaux gué-

(1) Pennato. La réforme médical. 11 février 1905.

(2) Pehu et Bertoye. Pédiatrie 11. Pathologie mentale. Collection Sergent.

rissent toujours et ne prédisposent pas à l'aliénation mentale. Ils ne laissent de troubles définitifs que chez les dégénérés et les héréditaires où ils marquent parfois le début d'une démence précoce ». Dans nos observations, les héréditaires et les dégénérés sont en petit nombre. Aurions-nous affaire à eux, que les troubles que nous avons étudiés diffèrent profondément de la confusion mentale chronique présentée par certains héréditaires et dégénérés ayant été atteints de dothientérie.

*
* *

Nous nous trouvons donc en présence d'un syndrome psychopathique dont l'étiologie est indiscutable. Il s'agit d'E.E. Nous connaissons les symptômes variés des troubles mentaux. Nous avons le légitime désir de les grouper, et la tentation s'est offerte de faire entrer le syndrome constaté dans l'un des cadres psychiatriques connus. Les auteurs n'ont pas tardé à se rendre compte qu'aucun ne convenait. Tous les diagnostics ont été posés qui semblaient, au début, pouvoir contenir le syndrome mental de l'E.E. Nous passerons en revue ses différences essentielles avec l'hystérie, la démence précoce, l'épilepsie, l'hypomanie, groupés nosologiques souvent invoqués. Et surtout nous tâcherons de séparer les enfants que nous avons observés, des dégénérés pervers et débiles auxquels on les a si fréquemment identifiés.

Hystérie. — Nous avons montré au chapitre des trou-

bles physiques et principalement à propos des troubles respiratoires, les rapports de l'E.E. et de l'hystérie. Nous ne reviendrons pas sur ce point, nous contentant de répéter les conclusions auxquelles nous a conduit l'étude des symptômes organiques.

1° Une étiologie infectieuse aussi précise que l'E.E. dans les conditions où nous l'avons étudiée, permet de fixer à ces troubles une base organique ;

2° Les facteurs psychiques, particulièrement ceux de nature émotionnelle et volitionnelle, exercent sur ces troubles, une influence indéniable. Cependant, elle ne paraît pas autoriser l'expression, à la vérité excessive, de pithiatisme.

Au point de vue mental que faut-il penser du cas de Roger et Chaix, consistant en attaques de narcolepsie avec contracture généralisée, suivie de spasmes et de sanglots, d'une anesthésie générale de la peau et des muqueuses, de dermatographisme? Nous voyons les troubles hypnagogiques persister chez nos malades et ceux que nous avons constatés, ne sont manifestement pas d'origine pithiatique. Rien n'empêche au demeurant l'E.E. de se développer sur un terrain hystérique et d'être la cause occasionnelle de signes pithiatiques. Les cas de Laignel-Lavastine et de Dupuy, concernent des adultes. Outre que l'hystérie n'est pas fréquente chez les enfants, (A. Collin) elle exige pour se manifester une hypersuggestibilité que nous n'avons pas constatée chez nos malades.

Il est bien évident que la même hésitation devait se poser aussi bien en présence des troubles psychiques

que des troubles moteurs. Il n'y a pas que les spasmes, les tremblements, les mouvements choréiques, les cas de torticolis mental, qui puissent paraître fonctionnels à l'observation. Les troubles mentaux avec leur polymorphisme, avec leurs tics, leurs grimaces, l'agitation, psycho-motrice ont aussi une allure névropathique. Ainsi que le dit Tinel (1) « on aurait certainement invoqué, autrefois, en faveur d'une origine névropathique l'irrégularité, la discordance et l'intermittence de ces manifestations. Mais les observations d'encéphalite nous montrent avec évidence, que cette irrégularité dans l'expression et dans l'évolution, est elle-même un caractère presque essentiel des syndromes mesencéphaliques ».

Nous partageons l'avis de cet auteur quand il décrit la volonté des malades, à certaines périodes, impuissante à réfréner la démonstration d'une anormale excitation névropathique, ou d'une suggestibilité intermittente.

Démence précoce. — La forme infantile de la démence précoce, a attiré l'attention des auteurs depuis l'étude que Sancte de Sanctis a consacrée à la *dementia precocissima*. Apparaissant en général entre 8 et 12 ans, elle frappe surtout les enfants chargés de tares héréditaires. Il faut nécessairement que « l'affaiblissement mental se greffe sur une intelligence normalement développée ».

« La forme infantile, écrit C. Pascal dans son

(1, Tinel. Syndrômes névropathiques et encéphalite léthargique. Journal méd. français. Février 1923.

ouvrage sur la démence précoce, se perd dans le chaos des affaiblissements mentaux antépubéraux. Il est difficile de la distinguer de l'imbécilité, de l'idiotie, des démences organiques, des troubles psychiques de la paralysie infantile, des démences toxiques consécutives à la fièvre typhoïde, la scarlatine et des maladies toxi-infectieuses, etc... »

La symptomatologie (rires et pleurs sans motif, apathie, indifférence, troubles psycho-sensoriels, impulsions, perte du sens moral), fait penser à Lajocono (1) qu'il s'agit d'hébéphrénie chez un débile de 15 ans qui ne veut ni parler ni manger, devient malpropre, se souille de ses matières fécales et doit être alimenté à la sonde. Lesnée (2) croit à la démence précoce. Comby (3) l'aurait observée chez l'enfant. Pour Hamel et Merland (4), à propos d'une fillette de 7 ans 1/2 dont nous avons déjà parlé, le complexe symptomatique :

« Turbulence, énervement, déficit de l'attention et de l'affectivité, troubles du caractère, impulsivité, négativisme, tous ces symptômes qui traduisent la prédominance de l'automatisme psycho-moteur et la suprématie des instincts, la disparition des notions éthiques déjà acquises et la déchéance de l'éducabilité constituent un syndrome très comparable à celui des états démentiels très précoces. L'électivité de l'affaiblissement intellectuel, la conservation momentanée des

(1, Lajocono. Sur un cas de psychose post-encéphalitique. (Reforma medi. t. 37, 7 mai 1921.,

(2, Lesné. Loc. cit.

(3 Comby. Les encéphalites aiguës chez les enfants, par J. Comby, 15 février 1921. Soc. de pédiatrie.

(4 Hamel et Merland. Loc. cit.

notions scolaires, est encore en faveur de ce rapprochement. Mais tous ces symptômes, à l'intensité près, ne peuvent-ils pas se rencontrer, en dehors de la démence précoce, chez de jeunes dégénérés ? D'ailleurs rien n'est plus difficile que le diagnostic de la « *dementia precocissima* » : les cas authentiques sont rares, ou méconnus, confondus peut-être avec des états dégénératifs. »

P. Kahn (1) propose le terme de psychose encéphalitique à propos d'un cas qui ne nous paraît pas démonstratif. L'existence de douleurs violentes dans les articulations des quatre membres, puis 6 mois plus tard, un délire polymorphe nous expliquent difficilement, malgré l'avis des médecins qui ont examiné cet enfant de 16 ans, comment on a pu porter le diagnostic d'E.E. Klippel se basant sur les données de la seule anatomie pathologique, refuse l'identité de la D.P. et du syndrome psychopathique lié à l'E.E. Heuyer faisait justement remarquer qu'on ne peut, dans l'état actuel des choses, dissocier le syndrome mental du syndrome organique pour en faire une psychose.

En admettant que la « *dementia precocissima* » soit aussi fréquente qu'on l'a prétendu, nous venons d'indiquer qu'elle ne débutait guère avant huit ou dix ans, alors que plusieurs des enfants que nous avons observés, ont eu l'E.E. à un âge moins avancé. D'autre part, Vinchon (2) a bien mis en valeur — nous y avons déjà insisté — la rareté de ces formes chez les enfants.

(1) P. Kahn. La psychose encéphalitique. Société de psychiatrie. 7 avril 1922.

(2) Vinchon. Loc. cit.

Enfin, en supposant que le diagnostic de D.P. s'impose, il faut être très circonspect dans l'appréciation de son mode de début. Nous n'en voulons pour exemple, que le cas d'un jeune étudiant de 18 ans, A. Maurice, présentant le syndrome mental suivant : » indifférence, inertie, attitudes figées et stéréotypées, mimique un peu maniérée — catalepsie — opposition, anorexie mentale. Refus obstiné d'aliments sous prétexte qu'il n'a pas faim. S'il meurt faute de nourriture, dit-il, cela lui est tout à fait égal. Quand on insiste pour le nourrir, il crache les aliments, se roule à terre, etc. Incapacité d'occupation. Passait, disait-on, son temps à écrire ou à faire le simulacre d'écrire. Répond assez clairement aux questions. Voix nasonnée. Désorientation? Dit ne pas savoir la date. Mots singuliers. Par instants, hémi-tremblement gauche. Amaigrissement. Pas de signes neurologiques actuellement saisissables ». Le Dr Logre qui a rédigé ce certificat le 14 février 1923, montrait une grande prudence en signalant que ces troubles étaient « *peut-être* consécutifs à une encéphalite léthargique datant de 2 ans ». Le Dr Cellier qui a observé le malade à la Clinique, parle d'une hébéphrénie antérieure, selon lui, à un état fébrile qui ne paraît pas avoir été une névraxite épidémique ». Toutes les recherches biologiques sur le L.C.R. sont négatives. Pas de glycorrachie.

D'après les renseignements de la famille, A. Maurice avait, depuis 5 ou 6 ans, de plus en plus de peine à suivre ses études. Son père le poussait en vain à travailler. Il y a 3 ans, il eut les oreilles (forme grave).

Hyperthermie). Un an après, période de somnolence, avec fièvre. Le malade est resté couché 12 jours. Il se plaignait de la vue sans qu'on ait jamais constaté de signes oculaires objectifs. Il était engourdi, inerte et cet état n'a fait que s'aggraver. En admettant qu'il s'agisse d'E.E. et rien ne nous permet de l'affirmer, nous voyons combien il faut rester circonspect dans l'appréciation étiologique de la D.P. Nous insistons sur ce fait, parce que ce jeune homme nous avait été adressé par des médecins qui, en l'absence de renseignements précis faisaient remonter le début des troubles mentaux à la période fébrile. Il est fort probable que l'infection aigüe ait contribué à accélérer la marche des accidents psychiques. Le fait est patent et mérite qu'on y insiste.

« Une réserve doit être faite, dit Achard, sur le point de savoir si, chez les jeunes sujets, une atteinte d'encéphalite léthargique ne pourrait pas laisser comme séquelle le syndrome de la démence précoce. Je rappellerai, à ce propos, un fait que j'ai publié avec Palaiseau en 1905, et qui concerne une chorée avec arthropathies et endocardite mitrale, chez une jeune fille de dix-huit ans, qui fut prise ensuite de troubles mentaux, rappelant la démence précoce, avec mélancolie et catatonie, persistant pendant une année, disparaissant brusquement la veille de la mort, survenue par tuberculose pulmonaire.

« Là non plus, ce n'était pas la vraie démence précoce, mais une partie des éléments du syndrome, et le rapprochement mérite d'être fait en raison des rap-

ports discutés entre la chorée de Sydenham et l'encéphalite. »

Ces discussions ont beaucoup moins de raison d'être lorsqu'on se borne à l'étude des enfants, si l'on veut bien s'entendre sur les caractères distinctifs de la D.P. et sur le sens exact de ce terme. La notion de démence précoce comporte, à de rares exceptions près, un pronostic tellement défavorable, que nous ne nous croyons pas encore autorisé à en porter un semblable chez nos malades. Nous avons constaté des améliorations. Kuhlbaum insiste avec raison sur la nécessité d'observer plus longuement ces enfants, pour se faire une opinion d'ensemble. A son avis, il ne saurait être question de démence. Nous-même avons insisté sur ce fait que, dans la majorité des cas, il s'est produit un arrêt des facultés intellectuelles, arrêt la plupart du temps explicable par la gravité des symptômes organiques. Nous n'avons qu'exceptionnellement constaté l'affaiblissement intellectuel et jamais l'apparente incoordination des idées qui caractérise l'hébéphrénie. Une affectivité à peu près normale nous a toujours paru accompagner les actes qui pouvaient le plus contribuer à la faire paraître troublée. Nous n'avons jamais observé de stéréotypies, de négativisme, de suggestibilité, de catatonie, etc... Les crises de rire et de larmes sans motif apparent qui ont été signalées par les auteurs et par nous-mêmes, se laissent la plupart du temps aisément réduire au rire et pleurer spasmodique si fréquent dans le syndrome parkinsonien, post-encéphalitique. Nous n'avons jamais porté le diagnostic

de « *dementia precocissima* » chez les enfants que nous avons observés et la revision des observations qui ont permis aux auteurs de le formuler, nous met en présence d'un syndrome psychopathique bien différent, même si nous prenons le terme de D.P. dans son acception: le plus Kraepelinienne (1), la moins française. Comme dit Lhermitte (1), « contrairement à ce que donnerait à penser un examen superficiel, les sujets atteints de « pseudo-démence précoce post-encéphalitique », ne présentent pas cette indifférence affective si caractéristique de l'hébéphrénocatatonie, leur fond mental n'est pas, en réalité, profondément atteint; le négativisme, les stéréotypies, les gestes extravagants et les attitudes maniérées, théâtrales sont, dans l'encéphalite prolongée, d'une exceptionnelle rareté, certains auteurs en contestent même la réalité (Naville, Holthusen et Hopman, Stern). Enfin, surtout, les encéphalitiques ne sont pas affectés de cette dissociation si frappante de l'activité proprement intellectuelle d'avec l'activité émotionnelle et affective. On ne constate pas, chez ceux-ci, cette discordance entre une intelligence encore active et une vie affective définitivement ruinée dans son principe. »

Epilepsie. — Si nous nous rappelons ce qui a été dit à propos des absences et des vertiges de nos malades, nous ne nous étonnerons pas que des phénomènes si voisins de l'épilepsie nous poussent à nous demander si l'état mental de nos malades ne ressemble pas, par quelque côté, à l'état permanent des épileptiques.

(1) Lhermitte. Loc. cit.

Anden (1) apporte à l'appui de cette analogie différentes constatations : l'irritabilité, les perversions, l'état de somnolence diurne, la tendance aux actes impulsifs qui lui rappellent le psychisme comitial. Selon cet auteur, l'apparition de l'agitation vespérale et nocturne dans le syndrome lié à l'E.E. est comparable à la plus grande fréquence des attaques convulsives pendant les premières heures du sommeil, chez les épileptiques. L'irritabilité, la variabilité d'humeur, l'apathie habituelle, les réactions impulsives passagères, les fugues, les colères parfois terribles, le religiosité précoce, le ralentissement des associations d'idées ont été bien étudiés chez l'écolier épileptique par les différents auteurs, (2). Même quand les crises sont peu fréquentes, « la névrose peut développer un état spécial de malaise, d'irritabilité qui va se traduire par de l'indiscipline, par des réponses insolentes, voire des violences » (3). Il est vrai que chez nos malades, les absences sont parfois fort rares malgré des troubles mentaux très prononcés. Elles expliqueraient mal, chez l'épileptique, un psychisme aussi troublé. Il faut donc qu'il y ait autre chose, pour expliquer les troubles qui nous intéressent et l'identité de nature, ne paraît pas complète entre les deux affections. La lenteur des processus psychiques procède par à-coups chez l'épileptique, suivant la marche des accès convulsifs. Chez la plupart de nos malades, elle est stationnaire. Elle obéit très rarement à un processus démentiel alors

(1) Anden. Loc. cit.

(2) P. Boncour et Philipe. Les anomalies mentales des écoliers. Marchand. Du caractère épileptique. Revue de Méd. 1er novembre 1902.

(3) Binet et Simon. Les enfants anormaux.

qu'il est la règle chez les comitiaux à crises fréquentes. La difficulté qu'ils ont parfois à s'exprimer, ne sera guère confondue avec la lenteur de la parole des parkinsoniens post-encéphalitiques. Chez les premiers, ce trouble tient surtout à des facteurs psychiques. Il est plus moteur chez les parkinsoniens. L'apathie de l'épileptique est continue. La somnolence de nos malades est intermittente. La fugue épileptique est impulsive et amnésique, bien différente de la fugue encéphalitique qui traduit l'instabilité psycho-motrice des enfants que nous étudions. L'impulsion épileptique est irrésistible, violente, le plus souvent amnésique et dangereuse. Les impulsions de nos malades sont en général moins brutales, moins anti-sociales. Elles naissent d'une colère. L'acte est souvent inhibé. S'il n'a pu s'empêcher de l'accomplir, l'enfant le regrette, si sincèrement parfois qu'il pleure. L'épileptique s'étonne plutôt s'il s'est livré à des voies de fait : l'inconscience psychique absolue. ôte du poids au remords. De plus, il est toujours maussade, grognon, de mauvaise humeur. Il récrimine sans cesse. Ce sont des traits qui manquent chez nos malades. Il est intéressant de rapprocher le caractère épileptique et le caractère encéphalitique en dehors de tout phénomènes cliniques proprement moteurs, du seul point de vue de la psycho motricité. Bernadou (1) insiste sur ce fait, que dans l'épilepsie mentale, il se produit « un envahissement du psychisme par les mouvements comitiaux ». Elle est soumise à la domination de la motricité, de l'automatisme ; les centres psychi-

(1) Bernadou. Loc. cit.

ques supérieurs semblent inhibés en quelque sorte par l'excitation kinétique. De même dans le syndrome psychopathique post-encéphalitique, les troubles du caractère, qui, dans certains cas paraissent conditionnés par les troubles moteurs pourraient être considérés comme les équivalents du syndrome moteur quand celui-ci fait cliniquement défaut, comme si toutes ses forces centralisées dans le psychisme ne cessaient pas d'agir d'une manière dynamique.

Précisément, ces interprétations psycho-motrices faisant jouer tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre un potentiel équivalent, pour intéressantes qu'elles soient à étudier, ne doivent pas nous faire perdre de vue que, l'agitation, l'instabilité, la turbulence sont à la base du tableau clinique de nos malades. Ces faits sont d'autant plus intéressants à rappeler que Chaslin (1), dès 1911, avait tendance à rattacher la turbulence à l'épilepsie infantile, où tout au moins, disait-il, la turbulence chez un enfant doit inciter à rechercher les accidents comitiaux. Voici la très intéressante observation d'une fillette de 10 ans 1/2 qu'il publiait sous ce titre : *Turbulence épileptique infantile*.

Il s'agit d'une arriérée, épileptique depuis l'âge de 3 mois, qui parle couramment avec un certain vice de prononciation. On peut lui faire faire quelques travaux manuels très courts, en excitant continuellement son attention. Elle a la « manie » de flairer tout ce qu'elle mange, ce qu'elle touche ; elle choisit sa cuiller, elle la regarde et regarde le dessous de son bol, de sa tim-

(1) Chaslin. *Sémiologie et clinique mentale*, page 404.

bale, etc., avant de manger, car elle mange à table. Elle a la manie de lever la jambe sans raison. Elle a la manie de chiper du canevas, de la laine ; elle garde d'abord les objets, puis les distribue à quelques-unes qui lui font la cour, car elle est « j'ordonne » ; très gourmande de pain, on lui fait faire ce qu'on veut pour un morceau de pain, mais il ne faut pas que l'acte demandé dure longtemps, sans cela, il n'est pas fini. Elle connaît tout le monde dans le service. Elle imite la maitresse d'école et celle de gymnastique. Si elle peut chiper un passe-partout, elle ferme toutes les portes du service. Elle sait ses lettres, syllabes, mais n'écrit pas, elle barbouille sur l'ardoise et sur le papier avec un crayon tenu de la main gauche. Elle sait par cœur quelques fables courtes et quelques chansons apprises en passant ; elle répète tout ce qu'elle entend. A force de patience, on peut lui faire enfiler des perles, faire du piquage, de la charpie. Elle s'amuse avec les cartes et les reconnaît. A la gymnastique, il est très difficile de lui faire exécuter les mouvements commandés ; elle fait toujours de la fantaisie. Cette arriération est plus grande qu'elle ne serait si cette petite fille ne présentait pas un état permanent d'excitation et d'agitation que l'on appelle dans ce cas-là, turbulence, mais qui ne diffère en rien de la manie dans ses degrés les plus inférieurs. Elle est ordinairement gaie et en train, mais elle pleure pour rien ; se met en colère, si on la contrarie et dit des gros mots. Son émotivité est aussi instable que ses paroles, son attention et ses gestes. Toujours parlant, toujours regardant de-ci de-là, se

mêlant de tout, gesticulant, se contorsionnant, il est très difficile de la tenir assez tranquille pour lui faire apprendre quelque chose. Quand elle veut bien rester un instant assise sur une chaise, elle se tortille sur place, bavardant sur tout, racontant de vieilles histoires du service qui lui remontent à la mémoire, récitant une fable si l'on veut, mais incapable de donner l'explication de ce qu'elle vient de réciter. Très grossière, elle l'est davantage avant ses accès ; après, elle est momentanément calme. Elle dort très peu et sait tout ce qui se passe la nuit dans le 'service. »

Et Chaslin concluait : C'est en somme une manie chronique « atténuée et infantile que l'on caractérise par le nom de turbulence... On ne sait pas encore grand chose sur elle, et il y aurait lieu de l'étudier plus à fond, mais elle semble presque toujours s'accompagner d'épilepsie, quand elle atteint un degré marqué, car il y en a de plus atténuées ». Nous voici amenés, après avoir considéré comment le syndrome mental lié à l'E.E. se détache par certains côtés du caractère épileptique, à envisager s'il n'est pas une forme de la manie ou de l'hypomanie.

On dirait donc que Chaslin avait entrevu un syndrome équivalent au syndrome psychopathique lié à l'E.E. et indiqué les discussions qu'il devait susciter à propos de ses rapports avec l'épilepsie et la manie.

Hypomanie. — Tout d'abord, nous ne pensons pas que les enfants que nous avons observés soient des intermittents susceptibles d'être rangés dans l'un ou

l'autre des groupes qu'a distingués A. Collin (1). Combemale, R. Vuillien et P. Assoignon (2), se demandent si l'hypomanie de l'enfant n'est pas la première manifestation d'une psychose périodique. Le fait que chez certains enfants, l'agitation psycho-motrice, subit une recrudescence vespérale ou même n'apparaît que le soir, n'autorise pas à parler de périodicité si l'on ne veut pas donner à ce terme un sens vague. Nous avons vu surtout les crises d'agitation nocturne décroître proportionnellement et laisser la place dans certains cas à une instabilité psycho-motrice constante pendant le jour. Les cas où cette instabilité a rétrocedé autorisent-ils à penser qu'elle pourra se manifester par la suite. C'est possible, sans que leur réapparition implique le diagnostic d'intermittence.

Ce qui a incité les auteurs à formuler l'hypothèse de psychose périodique, c'est l'existence d'un état ressemblant à l'hypomanie. Nous citons quelques lignes plus haut l'opinion de Chaslin qui a fait de la turbulence morbide de l'enfant, une manie chronique. Briand et Borel (3), Briand et Reboul-Lachaux (4) ont minutieusement décrit l'agitation hypomaniaque liée à l'E.E. C'est là, il faut bien le dire un des points les plus caractéristiques et les plus curieux de l'E.E. de l'enfant. Mais il n'est qu'un symptôme dans un syndrome — beaucoup plus complexe — lequel déborde

(1) Collin. *Traité de médecine légale infantile* 1920. Delagrave, éditeur.

(2) Combemale, R. Vuillien et P. Assoignon. *Echo méd. du Nord* t 25 n° 30 p. 289. 30 juillet 1921.

(3) Briand et Borel. *Loc. cit.*

(4) Briand et Reboul-Lachaux. *Loc. cit.*

des cadres de l'hypomanie. En effet, s'il fallait en croire les auteurs qui ont écrit à ce sujet, il existerait, à côté des signes moteurs, cette instabilité morale que Mairét et Euzière (1) ont étudiée : Les enfants qui en sont atteints, sont le plus souvent « des débiles, mais des débiles supérieurs, leur intelligence est souvent brillante, leur sensibilité morale souvent vive et s'ils méritent de figurer parmi les arriérés dans leur développement, c'est que chez eux, les idées et les sentiments se suivent avec une extraordinaire rapidité, si bien que leurs facultés synthétiques, le raisonnement, le jugement, la volonté ne parviennent pas à s'exercer normalement. L'absence de critique, le manque de réflexion, la rapidité avec laquelle ils exécutent les actes qu'ils ont conçus en font de véritables machines à réflexes ». L'impulsivité dans nos cas est différente de cette véritable fuite des actes qu'ont les instables de Mairét et Euzière et les facultés synthétiques, comme disent ces auteurs, s'exercent le plus souvent normalement chez nos malades. La lenteur des processus intellectuels que nous avons relatée, est précisément le contraire de la vivacité à vide que présente le maniaque dans ses manifestations intellectuelles. A part les crises d'agitation vespérale et nocturne, lesquelles, nous l'avons vu, ont disparu chez quelques-uns de nos malades et ne sont pas par conséquent l'essentiel du syndrome, il existe une dissociation entre l'état psychomoteur fait d'instabilité, de turbulence et l'état intellectuel aux processus en général ralentis. Cette dissocia-

(1) Mairét et Euzière. Les invalides moraux.

tion nous fait envisager les phénomènes hypomaniaques à titre de symptômes, spécifiques de l'E.E. Quant à leurs caractères particuliers d'agitation psychomotrice vespérale, mais la plupart du temps épisodiques ou trop frustes pour mériter l'appellation de hypomaniaques, nous renvoyons le lecteur à la discussion que nous avons entamée à ce sujet au chapitre de l'agitation psychomotrice.

Dégénérescence mentale. — Pour Blin (1) les perversions morales réunissent deux facteurs étiologiques principaux : le milieu et l'hérédité. Claparède (2) montre la difficulté de définir la notion d'hérédité. Ce n'est pas la stricte ressemblance entre ascendants et descendants : un fils d'alcoolique pourra être épileptique.

« Un caractère étant donné, le problème n'est pas de savoir s'il est ou non héréditaire, mais dans quelle mesure il dépend de l'hérédité ou du milieu. Son caractère sera dit héréditaire, non pas lorsqu'il ne dépend en rien du milieu, ce qui n'a pas de sens, mais lorsque les facteurs héréditaires l'emportent manifestement sur ceux du milieu. Et vice versa, on tiendra un phénomène pour un résultat de l'éducation lorsque ce facteur l'emportera manifestement sur celui de l'hérédité ». Ces notions sont très utiles à connaître parce que certains auteurs attachent une grande importance au terrain pour le développement de l'E.E. Jean Lépine (3) admet une fragilité nerveuse constitutionnelle. Il a retrouvé

(1) Blin. Les débilités mentales.

(2) Claparède. — Psychologie de l'enfant.

(3) J. Lépine. Le terrain dans les encéphalites infectieuses. Académie de Médecine. 16 novembre 1920.

parfois, une hérédité précise. Netter (1) de son côté, mentionne le strabisme ancien, le nystagmus infantile, l'épilepsie, l'hystérie, etc. Il est évident que les troubles mentaux affectent d'une manière particulière les prédisposés. Récemment, une hypochondriaque, M. Victorine, âgée de 25 ans, entrain à l'asile Sainte-Anne. Son frère, à la suite d'une E.E. eut des idées de persécution qui nécessitèrent son internement à l'asile de Maréville. Cette coïncidence de troubles mentaux chez le frère et la sœur, ne nous semble pas fortuite.

Nous avons soigneusement recherché les antécédents psycho-pathologiques chez nos malades.

Dans l'obs.1, le père serait nerveux. Depuis la guerre, il serait sujet à des chûtes. Un frère du malade est mort de méningite. — Dans l'obs. 7, une grand'mère de la malade présenta, à l'âge de 62 ans, un léger affaiblissement intellectuel et des idées de persécution peu actives. — Dans l'obs. 13, la mère est morte à 68 ans, à l'asile de Ville-Evrard, où elle était traitée pour « anémie cérébrale ». — Dans l'obs. 14, la mère a été internée à Ville-Evrard, en 1915, puis à Pierrefeu (dégénérescence mentale, mélancolie et idées vagues de persécution). Une grand'mère maternelle, internée pendant 10 ans, est morte à l'asile de Limoges. — Dans l'obs. 15, le grand-père maternel était épileptique. Une tante maternelle est morte épileptique à l'asile d'Angoulême.

Chez ces 5 enfants, on ne relève aucun stigmate de dégénérescence mentale. Ils étaient normaux à ce point

(1) Netter, cité par Achard. Loc. cit.

de vue avant l'E.E. Deux malades n'ont aucune hérédité psychopathologique décelable, mais présentent, l'un (obs. 17) une voûte ogivale et des dents crénelées, l'autre (obs. 2) de la chétivité, un faciès niais, inexpressif, le nez épaté, les dents crénelées, une double rangée d'incisives supérieures.

Parmi les observations des auteurs que nous avons souvent cités, les malades de Briand et Porcher (1), de Briand et Reboul-Lachaux (2) ont des tares héréditaires. Beaussart a analysé le cas de Combemale, Vuillien et Seloisse (3).

« En novembre 1919, apparition d'un syndrome neurologique d'encéphalite léthargique (pyrexie, hypersomnie), suivi au bout de 2 mois, par des troubles psychopathiques progressivement croissants : excitation psycho-motrice hypomaniaque n'ayant nullement cédé depuis près de 2 ans. Signes neurologiques actuellement décelables : strabisme léger, réflexe accommodatif pupillaire aboli, convergence impossible, acuité visuelle amoindrie. Avec raison, les auteurs pensent à un processus virulent encore en évolution. Ils attribuent à une dégénérescence héréditaire l'état pervers et les troubles du caractère qui, latents, ont été révélés par l'état infectieux (une sœur ayant des perversions instinctives). »

Un malade de Beaussart (4), interné pour « instabi-

(1) Briand et Porcher. Loc. cit.

(2) Briand et Reboul-Lachaux. Loc. cit.

(3) Combemale, Vuillien et Seloisse. Loc. cit.

(4) Beaussart. Encéphalite épidémique. Annales méd. Psych.
Mars 1922.

lité mentale, écholalie impérieuse, bouffées de colère avec impulsions brutales, boulimie et dysphomanie », eut une sœur qui mourut à 3 ans de convulsions. Un frère jumeau du malade de Roubinovitch, Barük et Bariéty a de la tendance aux taquineries et à la kleptomanie. Le malade lui-même avait commis quelques vols sans importance avant l'E.E., et son caractère était un peu difficile.

En résumé, nous trouvons chez le 1/3 de nos malades des héréditaires. La proportion est bien plus faible dans l'ensemble des autres observations, mais nous ne sommes pas sûr que les antécédents héréditaires aient été explorés par tous les auteurs. Comme nous avons tâché d'être très circonspect dans la recherche de nos renseignements, nous pourrions affirmer que, dans toutes nos observations, nos malades, héréditaires ou non, étaient normaux au point de vue mental avant l'E.E.

Une question principale se pose : la prédisposition héréditaire contribue-t-elle à modifier le tableau clinique de l'E.E. prolongée, au point de vue physique et psychique (caractère et intelligence). En présence de l'un quelconque de nos malades, pourra-t-on déceler la dégénérescence mentale constitutionnelle, et quels caractères imprimera-t-elle au syndrome psychopathique?

Nous avons analysé avec le plus de soin possible les différents troubles du caractère, les modifications de l'intelligence. Nous pouvons affirmer que les enfants chargés de tares héréditaires plus ou moins lourdes ou affectés de stigmates dégénératifs plus ou moins probants sur lesquels nous reviendrons plus loin, mais

sans anomalies au point de vue mental avant l'E.E., ne se sont pas montrés différents, au point de vue clinique, des enfants indemnes de toute suspicion psychopathique héréditaire. Nous allons voir comment le syndrome psychopathique se sépare : 1° de la débilité mentale ; 2° des perversions instinctives ; comment les stigmates physiques et physiologiques de dégénérescence pourront être distingués des séquelles organiques de l'E.E. Enfin, nous montrerons les caractères propres que peut imprimer l'E.E. sur les pervers et les débiles.

Débilité mentale. — N'est-ce pas parmi ces individus tarés au point de vue héréditaire et dégénératif que se comptent les cas de débilité mentale constitutionnelle de l'enfance, avec toutes les sortes de perversions instinctives? Aussi, le fait que l'on rencontrait des antécédents psycho-pathologiques parmi les ascendants des enfants atteints d'E.E., fit-il considérer ces malades comme des « pervers ». Il y eut là une généralisation hâtive, attendu que d'autres enfants, normaux ceux-là, quant à leurs antécédents héréditaires, devenaient, pour ainsi dire, du jour au lendemain, si semblables aux premiers qu'ils méritaient aussi d'être appelés « pervers ». Le terme « perversions instinctives » nous semble trop général dans ce cas et surtout, il implique à notre avis, une base constitutionnelle qui ne convient pas à nos malades indemnes de tares héréditaires. Instincts pervertis et perversions instinctives nous paraissent deux locutions très distinctes, encore que, nous l'allons voir, ce ne sont pas toujours les instincts

qui sont pervertis dans les cas que nous étudions. Le mot tendance est mieux à sa place.

Ces enfants ont été immédiatement assimilés aux dégénérés. Or, on ne sait pas encore si les dégénérés sont des malades ou des êtres ayant dévié du type. Pour Claparède, ce terme désigne « un individu taré au point de vue héréditaire et appartenant à une lignée évoluant vers la déchéance, un individu ayant perdu certaines des fonctions indispensables à l'adaptation au milieu. L'idée de dégénérescence implique idée de déchéance, de dégradation pathologique ».

Du reste, quelque expression que l'on emploie, le fait important, c'est, chez ces enfants, l'absence de différence clinique entre les héréditaires et les autres. Aussi, croyons-nous serrer de près le problème en essayant de répondre à cette question : Entre un enfant héréditaire, débile et pervers, et entre un enfant héréditaire présentant des troubles mentaux liés à l'E.E., existe-t-il des particularités propres à établir la discrimination entre l'un et l'autre ?

La débilité mentale se caractérise par le manque de jugement, la vanité, la crédulité, l'absence de sens critique, par conséquent la suggestibilité. Chaslin lui donne le synonyme de sottise. Souvent héréditaire, elle est congénitale et incurable. Dans ces trois propositions, deux au moins suffisent à écarter du cadre de la débilité les enfants que nous étudions. Du reste, ils n'ont pas le masque du débile. Binet et Simon (1) montrent que les cas acquis, contrairement aux con-

(1) Binet et Simon. Les enfants anormaux.

génitaux, sont particulièrement réguliers de traits. « Ce que nous avons dit, écrivent ces auteurs, de la physionomie et des stigmates ne les concerne pas. Leur expression n'est, en effet, que le reliquat de la période antérieure où ils n'avaient encore rien perdu de leur intelligence ». Lorsque nous avons analysé les facultés intellectuelles de nos malades, nous avons insisté sur la possibilité d'un état confusionnel plus ou moins passager dû à certains troubles organiques et susceptible de modifier l'appréciation. Ce sont avant tout des anormaux scolaires, des arriérés pédagogiques qui, par suite de l'incapacité psychique d'acquiescer, peuvent devenir des arriérés intellectuels. Nous avons observé des cas très différents et l'affaiblissement intellectuel a été rarement constaté. Ces enfants sont des malades dont l'intelligence vit à la merci des troubles psycho-moteurs. Nous renvoyons, pour des considérations plus étendues, à ce que nous avons dit lorsque nous avons étudié l'état intellectuel de nos malades, au chapitre de la symptomatologie.

Perversions instinctives. — Cependant Dupré, un des premiers, montra combien la débilité mentale avait d'influence sur les anomalies affectives. En effet « l'intelligence avec ses moyens de tirer parti des données de l'expérience, de les grouper, d'établir des rapports multiples entre eux, d'abstraire et de généraliser, puis de déduire, a nécessairement aussi une action indéniable en préparant le terrain aux convictions, dont le rôle sur les sentiments et par conséquent l'influence de contre-poids ou de stimulant sur les ten-

dances primaires est absolument caractérisée ». (1)

Külner (2), à sa manière, montre bien l'importance de l'état intellectuel puisqu'il compare le contrôle moral à l'étage supérieur d'une maison qui aurait 3 étages. Le rez-de-chaussée, pour cet auteur, c'est la connaissance ; le 1er étage, la volonté ou pouvoir de l'exercer ; le 2e étage, le pouvoir de contrôler ou inhibition. Aussi, l'absence en général d'affaiblissement intellectuel et toujours de débilité mentale pourrait-elle permettre d'envisager sans pessimisme les troubles du caractère, pourtant d'allure impressionnante, si leurs manifestations n'étaient pas favorisées par certains facteurs tels que l'agitation psycho-motrice motrice, les accidents comitiaux, etc. Nous les avons vus si nombreux, si vrais, ces troubles du caractère que l'on comprend qu'ils aient pu faire impression par leur groupement au point d'être étudiés dans le cadre des perversions instinctives. Anden (3) emploie même le terme « d'imbécilité morale » pour les désigner et nombre d'auteurs l'ont suivi. Nous aimons, pour notre part, la définition de Rogues de Fursac (4) : « La folie morale est la synthèse de deux éléments : l'un positif, la déviation des tendances, qui se traduit par les perversions instinctives, l'autre négatif, l'indifférence morale, qui se ramène elle-même à une double atrophie, atrophie de sentiments altruistes, et atrophie du sentiment de la dignité individuelle ».

(1) Semiologie de l'affectivité. Decroly et Vermeylen.

(2) Külner cité par Anden. Loc. cit.

(3) Anden. Loc. cit.

(4) Rogues de Fursac. Précis de psychiatrie.

Parmi les perversions de l'instinct de conservation, nous avons observé assez rarement les idées de suicide et quant à la gourmandise, elle ne prend une valeur qu'à côté d'autres symptômes morbides. L'érotisme, nous l'avons également rencontré chez nos malades, la plupart du temps sous forme d'onanisme, lié en général à l'instabilité psycho-motrice. Les instincts d'association sont les plus troublés : l'impulsivité, les violences imposent à l'enfant la conscience de l'incoercibilité, spontanément exprimée. L'acte est suivi de regrets sincères. La promesse de ne plus le recommencer est inhibée par les troubles de l'attention conditionnés eux-mêmes par l'agitation. Les vols que nous avons constatés sont toujours futiles. Les fugues traduisent un état morbide de l'activité. Faut-il considérer comme un trouble analogue, au point de vue intellectuel, la mythomanie si souvent relatée chez nos malades. Ces perversions qui se montrent toujours si actives en raison des troubles de l'activité, paraissent atténués par l'absence d'indifférence morale. La conscience de la maladie chez les malades entretient souvent un état d'émotivité qui, tout en ayant parfois une allure morbide, contribue pour une part à la conservation de l'affectivité. Nous avons insisté sur les regrets qu'expriment ces enfants de s'être abandonnés aux impulsions violentes, sur le chagrin qu'ils ressentent d'être séparés de leur famille, sur le plaisir qu'ils manifestaient de leurs visites, sur leur besoin de caresse et de protection, sur l'absence de malignité. Nous avons résumé plus haut, deux cas de folie morale typique, pour

les opposer à nos observations. Nos malades n'ont, en général, ni indifférence, ni inaffectivité, ni amoralité. Ils se distinguent par ces caractères des pervers instables dont ils se rapprochent, il faut bien le dire, par une certaine incorrigibilité et des troubles de l'attention et de l'activité psycho-motrice.

Du reste, cette incorrigibilité, vraie dans l'ensemble, demande à être indiquée sous toutes réserves. Nous avons vu l'apaisement de l'agitation psycho-motrice favoriser l'amélioration des troubles du caractère. Il nous semble que les troubles organiques et psychomoteurs mettent le malade en état d'impuissance et font de lui un asthénique moral. On ne peut pas plus parler ici de perversions proprement dites des instincts et d'atrophie des sentiments éthiques qu'on ne peut préjuger de l'affaiblissement intellectuel dans la confusion mentale idiopathique.

La psychose perverse qui se caractérise par l'irréductibilité des tendances morbides, le récidivisme incessant, l'impossibilité de l'amendement, l'atrophie des sentiments altruistes et de la dignité personnelle, ne saurait comprendre dans ses cadres le syndrome psychopathique lié à l'E.E. de l'enfant. Mais comme la plupart des symptômes de nos malades se rencontrent dans cette psychose, cette majorité en quelque sorte impressionna les auteurs en faveur de l'« imbécillité morale ».

Stigmates physiques et physiologiques de dégénérescence. — L'aspect morphologique des enfants présentant les manifestations tardives de l'E.E. a contribué

à les faire assimiler aux dégénérés. Du côté du visage, l'atonie de traits, l'asymétrie faciale, le strabisme, la diplopie, le nystagmus, l'inégalité pupillaire, les tics divers, du côté des membres, les mouvements choréiques, les myoclonies, l'hémiplégie, dans l'ensemble de la constitution, la chétivité (obs. 2 et 12)⁶, ont contribué à entretenir la confusion dans les esprits, d'autant plus aisément que les signes organiques se trouvent souvent nombreux chez le même malade. Cependant, en dehors de tout examen mental, il nous semble que l'étude des signes organiques pourra permettre, dans la plupart des cas, de faire une discrimination entre les dégénérés et les encéphalitiques.

En dehors du mode d'apparition et d'évolution des symptômes, (nous éliminons évidemment les cas où l'E.E. a frappé des individus présentant avant l'infection des stigmates de dégénérescence), quels sont les stigmates les plus fréquents et les plus importants, ceux qui par leurs caractères prononcés et leur accumulation sont vraiment la signature de la dégénérescence?

« Ce sont (1) les malformations crâniennes : macrocéphalie, microcéphalie, scaphocéphalie, brachycéphalie ou dolichocéphalie extrême, etc., l'asymétrie cranio faciale ; le bec de lièvre, les malformations de la voûte platine ; les anomalies dentaires : absence congénitale d'une ou de plusieurs dents, vices d'implantation, malformations (dents d'Hutchinson) ; les anomalies du pavillon auriculaire : atrophie du lobule, développement

(1) Rogues de Fursac. Précis de Psychiatrie.

anormal du tubercule de Darwin, absence d'ourlet ; la pigmentation irrégulière de l'iris, le strabisme ; les anomalies des organes génitaux externes : cryptorchidie, infantilisme, hypo ou épispadias, pseudo-hermaphroditisme ; les anomalies dans la longueur des membres, l'oligodactylie la polydactylie, etc ». Or, en dehors du strabisme et de l'asymétrie crânio-faciale, par paralysie faciale, aucun de ces signes n'existe chez nos malades. Nous voulons seulement attirer l'attention sur l'inégalité pupillaire qui se rencontre parmi les autres stigmates (sans être caractéristique ou de la paralysie générale) et qui est fréquente dans nos cas où nous l'avons vu constituer le seul reliquat organique.

Il existe des stigmates physiologiques de dégénérescence parmi lesquels le syndrome de débilité motrice, décrit par Dupré (1), apparaît le plus important. Il est caractérisé par « l'exagération des réflexes tendineux, la perturbation du réflexe plantaire, la syncinésie, la maladresse des mouvements volontaires et, enfin, par une variété d'hypertonie musculaire diffuse en rapport avec les mouvements intentionnels et aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire ».

Ces malades seront difficiles à distinguer des parkinsoniens, d'autant plus que les tremblements névropathiques ou émotifs sont fréquents chez les premiers, et notre maître, H. Colin (2) a montré l'extrême variété

(1) Dupré. Débilité et déséquilibration motrice. Paris Médi. Octobre 1923.

(2) H. Colin. Loc. cit.

des tremblements parkinsoniens post-encéphalitiques, variété qui nuit à toute tentative de discrimination. L'hypertonie, chez nos malades, est moins diffuse, affectant fréquemment la forme hémihypertonique.

La localisation cervico-faciale, avec raideur du cou, attitude figée, salivation, les troubles vaso-moteurs, tels que les bouffées de chaleur et la sudation, la rétro-pulsion, les troubles respiratoirese, etc., plaident en faveur de l'E.E.

On ne confondra pas le facies sans ride, sans pli, aux traits immobiles, au regard fixe du parkinsonien joues, le manque d'expression du regard, le raccourcissement des lèvres dû à l'ouverture constante de la bouche orientent le diagnostic.

Les troubles du langage (bégaiement, blésité, zézaïement, bredouillement), seront distingués de la parole des parkinsoniens, leur voix est souvent nasonnée, la parole explosive. La palilalie et la tachyphémie paroxystique, sont des phénomènes assez caractéristiques et assez particuliers pour être reconnus si l'attention est attirée sur eux.

Il est des cas plus complexes que nous avons laissés de côté jusqu'alors pour ne pas cesser d'être clair au cours de cette étude. Nous avons toujours eu en vue un état antérieur à l'E.E. absolument normal au point de vue mental. Nos précautions ont été bien prises à ce sujet et nous espérons avoir convaincu le lecteur. Tantôt nous avons assisté à une véritable création des symptômes morbides par l'E.E., tantôt, lorsqu'il s'agis-

sait de prédisposés, l'E.E. a été la cause occasionnelle des troubles mentaux.

Mais souvent, l'E.E. touche des enfants qui, frappés ou non de tares héréditaires, ont toujours présenté des perversions instinctives. Ces cas ne laissent pas d'être embarrassants pour le diagnostic, et ce sont eux qu'il est précisément utile de bien connaître, afin de voir s'il est possible de faire la part de ce qui revient à l'E.E. tant au point de vue mental qu'au point de vue physique. Voici une observation bien significative qui montre comment on y peut parvenir.

René, âgé de 12 ans, est entré à l'asile Sainte-Anne, le 12 mars 1923, venant du patronage Rollet où ses troubles du caractère ne permettaient pas de le garder.

Le diagnostic d'E.E. a été fait rétrospectivement par le Dr Dupouy qui a rédigé le certificat. En effet, l'enfant disait avoir eu une méningite en janvier 1923. Il ne voyait pas clair, il avait des secousses myocloniques dans le membre supérieur gauche. Il exista de l'hypersomie pendant 1 mois 1/2 avec agitation psychomotrice vespérale. Le Dr Dupouy constatait des « bâillements, de la lenteur spéciale des mouvements, des réactions de persévération verbale et kinétique ; des alternatives de somnolence et de turbulence ». Le syndrome parkinsonien est net chez cet enfant. Aspect figé, raideur du cou, facies inexpressif, ptosis et anisocorie (G.D.) irrégularité de la pupille gauche, lenteur des réactions iriennes, tremblement de la langue, aspect somnolent (le malade s'endormant pendant l'interro-

gatoire est tombé du côté droit). Il existe de l'hypertonie du membre supérieur gauche (signe de la roue dentée) du tremblement (exagération des réflexes radial et tricipital gauches. Les réflexes rotuliens sont vifs surtout à gauche. Tremblement, par intervalles, du membre inférieur gauche. Ni clonus, ni Babinski. Pas de troubles de la marche. En présence d'un tel ensemble clinique, le diagnostic rétrospectif d'E.E. ne paraît pas permettre l'hésitation.

Ce malade présente des brûlures superficielles de la main droite, de la jambe droite. Il s'agit d'auto-mutilations, l'enfant nous ayant déclaré qu'il s'amusait à se mettre tout près d'un poêle rouge. La face est couverte d'excoriations : « Ça me démange, dit-il ». L'onychophagie est telle qu'un ongle entier est arraché. Il existe une ecchymose de la région orbitaire gauche que l'enfant attribue à une chute.

A l'asile, l'enfant se montre turbulent, instable, malgré une somnolence et des bâillements continus. Il est insolent, traitant les infirmiers de « cochon », de « maquereau ».

Il est violent, entre dans de vives colères, frappe l'entourage, s'entête dans les entreprises les plus déplacées, n'écoute aucune observation, n'est pas intimidable et ne montre aucun regret des actes répréhensibles.

Voleur, il dérobe tout ce qu'il trouve dans les tables de nuit des malades.

Il est menteur. Il nie un vol au moment où il est pris sur le fait. Il prétend qu'il est à l'école 19^e sur 46, ce qui est inexact. Mythomane, il prétend que son père

est alcoolique, qu'il le bat et quand on lui parle d'une écorchure qu'il présente à la lèvre, déclare que c'est un sergent de ville qui l'a blessé en lui donnant une gifle.

L'affectivité paraît nulle. Il se montre indifférent vis-à-vis de ses parents, des visites qu'il en reçoit, etc. Aucune tendance aux caresses.

Le malade avoue l'onanisme.

Il ne présente pas d'excitation psycho-motrice vespérale ou nocturne. Il est agité dès qu'il est debout, à toutes les heures du jour. Pendant la journée, la somnolence, les bâillements ne cessent que pendant les phases d'excitation. La nuit, le sommeil est normal. Signalons un léger onirisme. Le malade a vu un diable courir sur le mur.

Au point de vue intellectuel, l'arriération pédagogique est nette. Il est allé cependant à l'école dès l'âge de 6 ans. Le peu qu'il sait, il le récite d'un ton monotone, inintelligent, sans comprendre ce qu'il dit. Il commet des erreurs dans la table de multiplication, mais déclare : « Je dis n'importe quel nombre. J'ai le diable dans le corps ». Du reste, l'état somnolent permanent du malade est une cause sérieuse d'erreur dans l'appréciation du niveau mental qui nous a paru correspondre à celui d'un enfant de 10 ans, d'après les tests de Binet et de Simon.

La nature de ces troubles du caractère nous avait frappé. Nous ne les reconnaissons pas comparables à ceux qui sont habituels à l'E.E. et s'il existait des mensonges, de la mythomanie, des vols, des colères, des

impulsions violentes, il manquait à ces symptômes la note qui les atténue dans l'E.E. et malgré la gravité de leurs réactions, fait des enfants qui les présente des malades sympathiques. Aussi, n'avons-nous pas été étonnés d'apprendre que cet enfant descendait d'un ménage désuni, dans lequel la femme est d'une inconduite notoire.

Le père avait été obligé de placer son fils au patronage Rollet un an avant l'E.E., parce qu'il allait rarement à l'école, y avait toujours la dernière place, sachant à peine lire et écrire. L'enfant aurait toujours été inintelligent.

Il a commis des vols d'argent très fréquents. Il y eut des plaintes nombreuses des voisins.

Fugueur, il s'est enfui, en novembre 1921, du domicile paternel pour aller cher sa tante où il est resté jusqu'en janvier 1922.

Désobéissant, taquin, méchant, il était violent envers les personnes et les animaux.

Nous avons donc affaire à un pervers constitutionnel, chez lequel il est notoire (le père l'affirme, le renvoi du patronage Rollet et l'internement le confirment) que l'E.E. a exagéré les troubles du caractère, tout en apportant les signes qui lui sont propres : signes physiques, troubles du sommeil, agitation psycho-motrice, auto-mutilation, etc.

C'est par l'analyse serrée de chaque symptôme qu'il sera possible de le rattacher à l'E.E. ou, au contraire, de l'en exclure, s'il y a lieu. En présence d'un cas mixte comme celui que nous venons de reproduire — et ces

cas se rencontrent fréquemment — nous discuterons comme nous l'avons fait tant au chapitre de la symptomatologie qu'à celui du diagnostic, la nature des troubles du caractère, l'affectivité, l'état de l'intelligence, les modifications de l'activité motrice, les perturbations du sommeil, les signes physiques, etc. Il ne nous paraît pas osé d'affirmer, du même point de vue mental, que l'ensemble des troubles du caractère dus à l'E.E. présente une physionomie bien différente de ceux que l'on rencontre chez les pervers. Ce psycho-diagnostic permettra de ne pas attribuer à l'E.E. des troubles mentaux préexistants, attendu que l'E.E. est susceptible de se prolonger chez l'enfant comme chez l'adulte en manifestations organiques rebelles, sans adjonction de troubles psychiques.

Quel est donc le tableau d'ensemble de cette affection qui participe de plusieurs formes nosologiques sans pouvoir être assimilée à aucune ? Encore qu'il s'agissait dans le cas de P. Kahn (1) d'un enfant de 16 ans, nous ne croyons pas à l'existence d'une psychose encéphalitique chez l'enfant. Selon les justes remarques de Meige, Petit et Heuyer, l'E.E. ne peut pas être considérée comme une entité mentale. Nous ne pensons pas, contrairement à l'opinion de Delmas, que les manifestations psychiques ressortissent au syndrome de la confusion mentale, du moins quand il s'agit des formes prolongées. Le terme de « syndrome psychopathique » dont se servent Truelle et Petit, a le mérite d'être simple et il semble préférable

(1) Pierre Kahn. Loc. cit.

dans l'état actuel des choses, de continuer à l'employer. Comment l'avons-nous vu constitué ?

Pénétrons dans une colonie d'enfants. Nous n'avons pas besoin d'être prévenus que certains ont été atteints d'E.E. Ils attirent notre attention par la fixité de leurs traits, la rigidité de leur aspect, la lenteur de leurs mouvements. Ils sont parkinsoniens. D'autres laissent découvrir leur étiologie pour peu qu'on prête attention selon les cas aux tremblements, aux myoclonies, à la démarche à petits pas, à la rétropulsion, à l'hypertonie parfois à l'hémi-hypertonie, à la salivation; aux troubles de la parole et de la vue. Quelques enfants gardent un reliquat d'hémiplégie, d'autres ont des tics tels que le clignement des paupières, la sputation, le hemmage. Beaucoup restent à l'infirmerie de l'asile, cachés sous leurs couvertures, car ils sont frileux. D'autres sont plus valides. Celui-ci présente de la tachypnée à recrudescence vespérale, celui-là n'a que de l'inégalité pupillaire. Il en est qui n'ont plus aucun trouble organique, sinon parfois, une obésité qui aurait pu sembler banale si l'entourage ne l'avait signalée consécutive à l'E.E. Voilà des enfants bien divers.

Et cependant, une étiologie commune — l'E.E. — n'est pas seule à les réunir. Le personnel médical et infirmier ne les sépare pas. Nous dirions presque, pour nous servir d'une locution triviale, mais expressive, qu'il les met dans le même sac, tant par les troubles du caractère et de l'humeur, ils semblent appartenir à la même famille. On les appelle « les dor-

meurs », les « dormeuses » et malgré le surnom de ces enfants, il n'en est pas de plus insupportables, de plus indisciplinés dans les asiles. Ils sont agités le jour et jusqu'à une heure avancée de la nuit, le corps et l'esprit en mouvement, tenant du choréique et de l'hypomaniaque, trop vifs en leur propos pour ne pas être insolents, trop remuants et turbulents pour n'être pas, quant à leur mise, déchirés et malpropres. Certains s'écorchent et se mutilent. Tous prennent plaisir à attirer l'attention sur eux, tous se font remarquer par leur incroyable exigence. L'un d'eux saute de son lit, va chercher lui-même l'infirmier et lui demande de le retourner dans son lit, car il se dit trop malade pour faire un mouvement. Des phases de somnolence survenant, indifféremment dans la journée, accordent à leurs ébats, une trêve plus ou moins durable. Ou bien ils ont des vertiges et l'hébétéude qui les prolonge au lieu d'apaiser ces enfants, peut contribuer à les abandonner sans contrôle aux fugues, aux vols aux impulsions violentes. Ils partent au hasard, victimes de leur instabilité psychomotrice. Ils commettent des vols futils, souvent en vue de satisfaire leur vive gourmandise. Irritables, leur colère les entraîne à des gestes cruels et dangereux. Ils frappent, lapident, saccagent, en proie à des crises de rage. Ils s'en souviennent et ils témoignent de leurs actes, un sincère repentir. Certains se livrent à l'onanisme et presque tous manifestent une tendance morbide à embrasser indifféremment garçons ou fillettes, hommes et femmes au vi-

sage et aux mains, sans que cette tendance semble présenter un caractère nettement érotique. Bien particulière est la sensibilité des enfants que nous avons observés. Sensibilité douloureuse, à fleur de peau ; une émotivité morbide les fait pleurer pour un rien. Ils se rendent souvent compte de leur état. Ils s'en montrent déprimés. Des idées de suicide peuvent apparaître. Ce sont des malades. Ils nous le disent eux-mêmes. Ils ne cessent pas d'aimer leur famille et ils regrettent le tort qu'ils ont pu avoir vis-à-vis d'elle. Leur affectivité est annihilée à certains moments par un trouble impérieux de l'activité. A vrai dire leurs intentions ne paraissent pas mauvaises. Ils ne sont pas maîtres de leurs actes. Ce sont des « diables » et quelque fois pis. Le soir, qui au début de leurs troubles mentaux les déchainait, n'apporte qu'à certains, une recrudescence d'excitation psycho-motrice et la nuit pour presque tous nos malades est devenue calme peu à peu.

Quel bénéfice pourraient tirer de l'école, des enfants qui, ou bien dorment sur leurs bancs, ou font des niches à leurs voisins ? Aussi bien rares sont ceux qu'un maître peut y conserver. L'arriération pédagogique est la règle. Ils ont l'instruction qu'ils avaient lorsqu'ils tombèrent malades. Bien peu qui aient rétrocedé. L'intelligence semble attendre. Figée qu'elle est, dirait-on, par les troubles organiques et les troubles de l'humeur. Car les grandes facultés de l'esprit ne semblent pas intrinsèquement altérées. Elles sont arrêtées dans leur développement normal. Nous ne saurions préjuger de leur sort.

Tels sont ces enfants ayant été frappés par l'E.E. Les parents ont assisté à une véritable métamorphose qui reste à leurs yeux une énigme. Les plus brillantes qualités intellectuelles et morales ont fait place à tous les excès. Hier toutes les vertus, aujourd'hui tous les vices.

Comparons-les à d'autres enfants du même âge : Dans les perversions instinctives, par exemple, le sens moral est atrophié. Le degré d'inadaptation au milieu social, sert à mesurer pour ainsi dire la quantité morbide. Les tendances, ignorantes du frein moral, sont dégagées de toutes considérations altruistes. Elles échappent au jugement de l'individu. Le fonctionnement normal de certaines de ces tendances prouve cependant que les freins sont susceptibles d'agir et que lorsqu'ils n'exercent pas leur action, c'est leur mise en œuvre qui n'a pas été sollicitée. En somme, l'action est la conséquence directe des centres psychiques supérieurs jouissant de moyens de conduction parfaite. Le pouvoir exécutif n'est pas entravé. On pourrait dire, pour définir par une image le phénomène de l'élaboration psychique supérieure, et tout en nous excusant de schématiser à ce point, que c'est le pouvoir législatif qui s'exerce d'une manière désordonnée. Dans le syndrome post-encéphalitique qui nous intéresse ici, il semble pour nous servir d'un même mode de comparaison, que l'ensemble des lois soit raisonnable, mais que les agents chargés de les appliquer soient gênés dans leur moyen d'action. On pourra soutenir que dans l'un et l'autre cas, nous assistons aux mêmes conséquences, c'est-à-

dire à l'anarchie. En admettant qu'il s'agisse d'une anarchie comparable — et nous ne le pensons pas — le mécanisme qui a établi l'une et l'autre n'est pas le même. Du côté des perversions instinctives, c'est le pouvoir central qui pêche ; du côté du syndrome psychopathique de l'E.E., c'est le pouvoir exécutif. Une libération de l'automatisme a seule permis les troubles du caractère que nous avons constatés. Ces troubles du caractère de l'enfant ne sont pas la signature sine qua non de l'E.E., comme ils le sont de la folie morale. Ils ne sont que l'expression d'un trouble de l'inhibition et l'enfant les manifeste parce qu'il n'est pas capable psychiquement de créer autre chose. Ce syndrome psychopathique post-encéphalitique ne nous paraît donc pas proprement psychique, et pour tout dire vésanique. Il est réactionnel. On peut penser que les enfants que nous avons observés, ne sont pas troublés dans leurs intentions. Pour employer une expression banale, le « fond est bon », tandis que l'intention du mal (au point de vue moral) est implicitement contenue dans le psychisme du pervers instinctif. Les tendances de nos malades, bridées, sont excellentes. Celles des pervers, bridées, restent perverses. Le fond de celui-ci est lésé, la forme de ceux-là est touchée. Les troubles de la conduite et du caractère, sont tantôt la traduction, tantôt l'équivalent de l'agitation psycho-motrice. Cependant on s'explique mal que la simple libération des instincts entraîne des réactions si nettement anti-sociales. Quoi ! ces enfants paraissaient, avant la maladie, d'un naturel normal et l'harmonie de leurs tendances ne serait que

la conséquence de l'éducation et des obligations sociales, puisqu'il a suffi d'une perturbation dans le tonus inhibiteur pour déclencher de tels excès. Les instincts en liberté, entraînent à de telles conséquences ! C'est qu'il existe, en effet, à l'état normal, un système inhibiteur, et si parfois les enfants que nous avons en vue se livrent à de plus vifs débordements de conduite que les pervers, c'est que ce tonus subitement rompu laisse beau jeu à des tendances qui font d'autant plus irruption qu'elles avaient été plus fortement jugulées par l'éducation et un bon naturel. Aussi bien, voyons-nous que c'est surtout la conduite qui est troublée plus peut-être que le caractère lui-même et que le désordre des actes en eux-mêmes l'emporte sur le désordre de l'initiation à l'acte. Quand nous parlons de troubles du caractère, nous jugeons d'un point de vue éthique. Les sentiments de cet ordre n'existent pas chez les pervers.

Pronostic. — Question médico-légale. — Mesures à prendre. — C'est une question bien délicate, bien difficile à résoudre. Nous n'entendons parler ici que du pronostic lié aux troubles mentaux de l'E.E. prolongée. Le pronostic des perturbations nerveuses et organiques a été étudié par bien des auteurs, sans que l'accord soit établi entre eux, et nous ne reviendrons pas sur ce point litigieux.

Pour ce qui est des manifestations psychiques, Cruchet (1) abordait le 11 mars 1921, devant la Soc. Méd. des Hôpitaux la question des pronostics de ces états et

(1) Cruchet. Pronostic et séquelles de l'E.E. Soc. Méd. des Hôpitaux. 11 mars 1921.

le jugeait défavorable. Les Drs André Collin (1) Tobolowska et Requin redoutent l'apparition tardive d'une démence juvénile chez les enfants qu'ils ont étudiés. Laignel-Lavastine (2) explique que dans le pronostic « quoad mentem », un délire aigu, expression d'une infection grave peut, si le malade ne meurt pas, ne laisser aucune séquelle et qu'au contraire des troubles de l'intelligence, de l'humeur, de l'affectivité ou de l'activité, plus ou moins atténués, mais surgissant chez un prédisposé, au cours d'une encéphalite souvent légère, pourront durer longtemps, être l'occasion de l'organisation de syndromes chroniques ou laisser des séquelles mentales persistantes ». Achard (3) a tendance à croire à la persistance du virus dans le névraxe, mais ne se prononce pas sur l'évolution des accidents. Le professeur Edwin Bramwel (d'Edimbourg), le Dr Makensie n'estiment pas que la guérison puisse être complète. Nous empruntons au travail des Drs André Collin et Requin, la statistique de Comby que ces auteurs relatent :

« Chez les 70 enfants de tout âge, atteints d'encéphalite aigüe (y compris les cas récents d'encéphalite épidémique) qu'il a suivis personnellement, il a noté :
« une mortalité de 10 0/0 ; une proportion de guérison
« sans séquelles de 21 0/0 ; une proportion de guérisons
« incomplètes ou avec séquelles de 68 0/0.

« Parmi ces séquelles, l'excitation cérébrale est ap-

(1) André Collin, Tobolowska et Requin. Loc. cit.

(2) Laignel-Lavastine. Loc. cit.

(3) Achard. Loc. cit.

« parue dans 16 0/0 des cas ; l'affaiblissement intellectuel (allant de la simple arriération mentale à la « démence précoce) dans 25 0/0 des cas ; le syndrome « épileptique dans 21 0/0 des cas ».

Les conclusions auxquelles arrivent les Drs Collin et Requin, après l'examen d'un grand nombre de malades, valent d'être rapportées :

« Les enfants de zéro à sept ans, atteints d'encéphalite aigüe, quand ils ne guérissent pas totalement, « présentent surtout de l'arriération mentale, pouvant « aller jusqu'à l'idiotie complète, avec un minimum de « troubles du caractère.

« Vers l'âge de 7 ans, troubles intellectuels et troubles du caractère se développent de façon également « marquée et le pronostic pour les enfants de cet âge « doit être extrêmement réservé ; comme les jeunes « enfants, ils tendent rapidement à l'arriération mentale, et comme les plus grands enfants, ils présentent des troubles profonds du caractère.

« Chez les grands enfants de sept à dix-sept ans « environ, l'encéphalite léthargique a laissé après elle « de fréquentes anomalies du sommeil (sommolence « ou insomnies), des stéréotypies paryxystiques (baillements, cris, soufflements répétés), et surtout « des modifications du caractère très spéciales, se ramenant toutes à l'instabilité, l'impulsivité, l'agitation, la violence, la méchanceté.

« Les troubles intellectuels, variables en intensité, « sont à peu près constants, mais relativement moins « graves que les modifications du caractère à cet âge,

« Aussi, le pronostic de ces séquelles psychiques est-il sombre : nous avons toujours vu les troubles du caractère et de l'intelligence, loin de s'amender, évoluer lentement, mais progressivement, parfois avec un temps d'arrêt, mais sans tendance à la régression. La discordance des symptômes et l'évolution de la maladie, obligent à la rapprocher de la démence précoce, dans certaines de ses manifestations.

« La forme que revêt l'encéphalite épidémique est fonction de deux facteurs :

« D'une part, elle dépend de la localisation de l'infection ; selon que le processus inflammatoire intéresse surtout la base de l'encéphale ou le cortex, on voit prédominer les symptômes basaux (somnolence, parkinsonisme, troubles oculaires) ou les symptômes d'excitation corticale.

« D'autre part, l'âge du sujet joue un rôle important dans les manifestations psychiques post-encéphaliques. En effet, les symptômes d'une maladie sont déterminés par l'état des organes appelés à réagir à l'infection. Or, toute lésion antérieure au complet développement des connexions nerveuses de l'encéphale, risque d'empêcher ces connexions de se produire, d'où la fréquence des arriérations mentales dans les maladies cérébrales du jeune âge, quelle que soit la toxi-infection causale.

« Tout trouble cérébral atteignant un enfant après l'établissement de ses voies de conduction intercérébrales, mais avant que se soit développée la prépondérance du système nerveux, se traduira par du pué-

« rilisme, des actes impulsifs ou automatiques, de
« l'agitation échappant au contrôle de la volonté, les
« centres supérieurs, en effet, sont impuissants dans ce
« cas ; à inhiber l'excitation des neurones inférieurs.
« Et nous devons constater que ce sont les mauvais
« instincts, ceux du vol, du mensonge, de la violence,
« de la perversité qui prédominent alors ».

D'autres auteurs sont moins pessimistes. Paterson (1) admet la guérison absolue dans 25 0/0 des cas. Il se rencontre avec les Drs André Collin et Requin pour montrer que le pronostic quoad mentem, est d'autant plus sérieux que l'enfant est plus jeune. La longue durée de la phase aigüe de l'E.E., la gravité de l'infection, les inquiétudes quoad vitam qu'elle a suscitées, sont de nature à aggraver le pronostic. Anden (2) n'aurait pas constaté d'affaiblissement intellectuel appréciable. Il demande de ne jamais se hâter de conclure à l'arriération mentale et pour cet auteur, la guérison des séquelles physiques et psychiques est lente, mais en général définitive.

Pour nous, nous l'avons dit, nous n'avons envisagé que les enfants de 5 à 15 ans.

Il est bien évident, que chez les enfants, nous n'avons pas affaire à un délire, mais à des troubles du caractère. Le délire de l'adulte traduit un processus toxi-infectieux et on peut enchaîner le pronostic des idées délirantes à celui des troubles organiques que l'on voit liés à l'E.E. Il est permis de se demander si les troubles du caractère de l'enfant auront la même desti-

(1) Paterson. Loc. cit.

(2) Anden. Loc. cit.

née. Le fait que ces troubles coexistent avec un état physique rétabli et redevenu normal — ce qui est rare — n'implique pas que l'action du virus, ait cessé de se produire, au contraire. Mais en supposant que ce virus ait perdu tout pouvoir, il ne s'ensuit pas que les troubles du caractère se dissipent. Il faut tenir compte de la psycho-plasticité de l'enfant, lequel a été surpris dans son développement, a accueilli sans contrôle possible les influences pathologiques et n'a pu lutter, ainsi que l'adulte, avec son stock d'idées acquises, de sentiments fixés, contre l'envahissement de tendances anormales. Tout ce que l'influence du milieu et de l'éducation avait produit, se trouve annihilé par un processus morbide qui laisse libre jeu aux impulsions et à l'agitation psycho-motrice. Il semble que le tonus régulateur soit profondément troublé chez ces enfants qui, ou bien sont obnubilés par des phases de léthargie qui leur donnent parfois l'aspect d'épileptiques pendant l'absence ou bien sont le jouet d'une activité psycho-motrice désordonnée.

Un élément de pronostic favorable — bien faible à la vérité — c'est chez la plupart des enfants que nous avons observés la conscience de l'état morbide. Le caractère des actes impulsifs qu'ils commettent est souvent reconnu. Leur personnalité ne lutte pas, mais elle semble assister, étrangère, à la manifestation des faits pathologiques. Peut-être faut-il voir là un signe que l'individu profond n'est pas touché et que, seuls, ses moyens d'inhibition lui font défaut. Nous avons montré qu'en dépit des apparences l'affectivité était la plupart

du temps conservée, que l'émotivité était loin d'être nulle, donnait lieu à des réactions pathologiques. C'est bien l'opinion du Dr Henderson pour qui « les séquelles lointaines se résument dans un état d'hébétude émotive et de stupeur avec conservation de la mémoire et de l'intelligence ». Sans doute, il semble bien qu'il y ait des cas d'E.E. chronique, où les troubles du caractère évoluent, pour leur propre compte, pourrait-on dire, dans un organisme sain. Ce sont là des troubles de persévération qui ne laissent point d'être inquiétants au point de vue pronostic.

Nous avons pu observer que, dans cette catégorie d'enfants, l'intelligence n'était pas profondément altérée ; les troubles du caractère entravent le cours de son développement sans qu'on puisse parler d'affaiblissement intellectuel. Au contraire, chez ceux qui sont profondément troublés au point de vue organique (syndrome parkinsonien, troubles du sommeil, troubles respiratoires, troubles endocriniens, vertiges épileptiformes, etc.), les opérations intellectuelles sont annihilées et s'il est trop tôt pour parler d'affaiblissement, il est permis de penser qu'il se produira si les troubles organiques persistent. Nous avons vu que ces troubles plongeaient les enfants dans un état confusionnel qui a des chances, si une évolution favorable des signes organiques ne vient promptement les dégager, de devenir chronique. Nous avons montré l'existence de l'arriération pédagogique. Il nous a paru que l'intégrité des fonctions intellectuelles n'était en général pas compromise, qu'elle était obnubilée parfois, d'une manière

plus ou moins durable, par les troubles physiques. Mais il est bien évident que ces fonctions ne resteront pas toujours indemnes et qu'elles s'altéreront dans l'inertie intellectuelle où elles sont pour l'instant comme figées.

Sans doute, les enfants que nous avons observés sont particulièrement touchés, puisque les manifestations auxquelles ils étaient abandonnés, a entraîné l'internement. Ce sont des malades d'asile. Par conséquent, le pronostic qui semble fâcheux dans nos cas, ne peut servir de pronostic d'ensemble. Outre qu'il ne vise que les enfants de 5 à 15 ans — sans vouloir du reste faire jouer à ces âges le rôle de cadres rigides — il envisage les malades les plus sûrement atteints. Même pour ceux-là, nous ne désespérons pas de l'avenir. Ce sont des malades. Rien ne dit qu'ils ne guériront pas. La notion de fixation des symptômes psychiques nous semble importante. La conscience de l'état morbide, le jugement parfaitement éclairé que certains de ces enfants portent sur leurs actes impulsifs, nous permettent de penser qu'ils guériraient de ces troubles du caractère si le virus toxi-infectieux cessait d'agir. Pour ceux-là qui ne cessent de les présenter, malgré un retour à la normale de la santé physique, on peut invoquer soit une prédisposition constitutionnelle, soit une trop longue atteinte de l'E.E. On ne saurait généraliser. Nous avons vu certains troubles du caractère rétrocéder. Nous avons assisté aux progrès scolaires de quelques-uns de ces enfants internés. Un pronostic trop rigoureux briserait toute tentative du traitement. De toutes façons, nous

n'avons pas encore le droit de le poser aussi sévère qu'ont voulu le faire certains auteurs. Il manque le recul des années pour pouvoir se prononcer.

Au point de vue médico-légal, les troubles mentaux dans les formes prolongées de l'E.E. peuvent entraîner le malade à des réactions anti-sociales, nous l'avons vu. Selon les déclarations de M. Briand (1) à qui revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur ces faits « le médecin légiste, appelé à examiner un délinquant ou un criminel, est souvent celui qui, le premier, décèle une psychopathie, évoluant silencieusement sans avoir encore attiré l'attention ». Dans les cas où les troubles du caractère évoluent seuls, sans manifestations organiques, il sera indispensable que le médecin-expert, dans l'affaire médico-légale où il pourra être commis, recherche l'E.E. dans les antécédents du délinquant et fasse le diagnostic entre ces états et ceux des perversions instinctives. Ici on aura affaire à un dégénéré là à un malade. On conçoit les variations que pourra subir, dans l'un ou l'autre cas, l'appréciation de la responsabilité.

« Une petite fille de 12 ans, traité en février 1920, dans un service d'enfants pour l'E.E., a dû être internée en octobre 1921, à Sainte-Anne. D'abord, turbulente et anxieuse par accès, puis perverse et mythomane, elle ameutait par ses cris les habitants de sa maison. Se posant en enfant martyr, elle accusait son père et sa mère de la maltraiter, de la priver

(1) Marcel Briand. Les troubles mentaux de l'E.E. du point de vue médico-légal. Séance de l'Académie de Médecine, 22 nov. 1921.

« de nourriture, etc. Cette enfant, autrefois, douce de caractère et affectueuse, poussait la perversité jusqu'à se mordre et à s'écorcher la peau, pour faire croire à des actes de brutalité. Le père eut beaucoup de mal à se disculper devant ses voisins et à éviter une information judiciaire ». (1)

Un petit malade de Macphail (2) menace sa mère d'un couteau, ce qui entraîne une enquête médico-légale.

Parfois l'affaire poursuit son cours sans instruction médico-légale.

Un incorrigible kleptomane de Paterson et J. L. Spence a été condamné à la prison.

Un garçon de 14 ans, observé par Anden fait partie d'une bande de voleurs. Il est passé trois fois devant le Tribunal des Enfants pour vols fréquents de fleurs.

On voit donc l'intérêt qui s'attache à l'examen médical de ces enfants et à la recherche de l'E.E. dans les antécédents.

Les faits qui sont susceptibles de revenir le plus souvent au point de vue médico-légal consistent en fugues, vols, impulsions violentes, mythomanie, dénunciations calomnieuses. Il nous semble inutile de reprendre un à un tous ces arguments. Le lecteur comprendra aisément que l'internement a été pour beaucoup des enfants que nous avons observés le moyen prophylactique de prévenir les réactions anti-sociales.

(1) Marcel Briand. Loc. cit.

(2) Mental disorder resulting from. Encéphalitic. Léthargica. By H.D. Macphail. Journal mental. Science. Avril 1922.

L'internement est-il donc la seule mesure qui convienne à de tels malades ? Ce n'est pas sans répugnance que les parents se résignent à placer dans un asile tel enfant qui leur avait donné toute satisfaction avant la maladie. Leur hésitation est, en général, bien différente de la résignation que présentent les familles à placer dans les mêmes conditions un arriéré ou un pervers instinctif. Les parents semblent inconsciemment faire la part de ce qui est un trouble acquis, accidentel et de ce qui est une affection constitutionnelle, qu'ils deviennent irrémédiable. Les troubles des enfants que nous avons observés et ceux des pervers instinctifs sont en effet si différents, qu'il n'est pas sans préjudice aussi bien pour les uns que pour les autres de les grouper ensemble. L'atteinte profonde de la moralité et de l'affectivité est un exemple fâcheux pour notre catégorie et l'agitation psycho-motrice, la turbulence des enfants ayant contracté l'E.E. empêcheraient les pervers de profiter des notions d'éducation qu'ils sont susceptibles de recevoir. Cependant quand les troubles mentaux atteignent l'intensité que nous avons établie dans nos observations, il nous semble, dans l'état actuel des choses et vu la condition sociale des enfants examinés, que l'internement soit indiqué. Il est évident que nous devons beaucoup attendre de la création de services ouverts qui pourraient rendre, en de tels cas, de grands services, si une partie pouvait être aménagée à l'effet de les recevoir.

Il faut dire hautement que le sort de ces enfants a ému nombre de psychiatres et sans nommer tous ceux

qui s'y sont intéressés et les ont étudiés spécialement dans tel ou tel dispensaire — notamment le Dr André Collin — nous devons citer, à côté du Dr. Roubinovitch qui les soigne à la Fondation Vallée, le nom du Dr Simon qui, à la Colonie de Vaucluse, s'est appliqué à adapter à l'état de ces enfants le service hospitalier susceptible de leur convenir.

CONCLUSIONS

Certaines E.E. à forme prolongée peuvent s'accompagner, même chez l'enfant, de troubles mentaux assez sérieux pour nécessiter l'internement.

Nous avons observé dans les asiles de la Seine, 15 enfants, filles et garçons, de 5 à 15 ans dont les troubles mentaux évoluent depuis au moins un an. Nous n'avons retenu dans notre travail que les cas où la notion d'E.E. ne pût prêter à discussion et où il n'existait aucun trouble psychique avant l'atteinte d'encéphalite.

1° Le symptôme psychopathique s'expliquerait par une atteinte de tonus inhibiteur qui, libérant l'automatisme, donnerait surtout lieu à des troubles de l'humeur et de la conduite : agitation psycho-motrice diurne à recrudescence vespérale, coupée par des phases plus ou moins durables de somnolence diurne et des absences amnésiques comparables à celles qui relèvent des accidents comitiaux. Amélioration de l'insomnie nocturne au cours du passage des troubles mentaux à l'état chronique. Onirisme et somnanbulisme souvent persistants ; fugues brèves amnésiques ; vols utiles en vue de satisfaire la gourmandise ; mensonges et mythomanie à base de dénonciations calomnieuses, irritabilité et impulsions violentes à frapper, à briser ; conscience et regrets des accidents impulsifs ; érotisme discret en dehors des phases d'hypomanie au cours de la période aigüe de la maladie ; tendance morbide aux baisers et aux caresses en dehors de toute préoccupation sexuelle ; dépression psychique, idées possibles de sui-

cide, troubles de l'émotivité ; en dehors des périodes d'excitation, affectivité conservée ; arriération pédagogique.

Troubles profonds de la mémoire de fixation et de l'attention spontanée. Peu de troubles de la mémoire d'évocation, du jugement et de l'attention volontaire. D'après les testes de Binet et Simon, l'âge mental égale environ l'âge que les enfants avaient réellement au moment de l'E.E. Il semble qu'il y ait surtout arrêt intellectuel sans signes d'affaiblissement démentiel. Des améliorations ont été constatées.

2° Les signes physiques les plus durables dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique, sont le syndrome parkinsonien, plus ou moins complet, l'hémiplégie, les troubles oculaires (inégalité pupillaire, troubles de la convergence), les modifications du rythme respiratoire, l'obésité, les tics, les absences, l'exagération du R.O.C.

3° Le diagnostic positif du syndrome psychopathique lié à l'E.E. se basera, en dehors des symptômes mentionnés, sur l'état mental antérieur à l'E.E., les manifestations de la période aiguë, les signes physiques persistants. Méningites, encéphalopathies aiguës, chorées, maladies infectieuses seront discutées dans le diagnostic étiologique.

4° Le syndrome psychopathique, lié à l'E.E. prolongée de l'enfant, mérite d'être décrit isolément, et ne peut appartenir à aucun des cadres nosographiques de la psychiatrie : hystérie, épilepsie, hypomanie et principalement démence précoce, folie morale ;

5° La notion de dégénérescence mentale, outre celle d'une prédisposition constitutionnelle difficile à préciser, doit être écartée du syndrome psychopathique réalisé par l'E.E. chez l'enfant. Sur 15 enfants observés, cinq, malgré une hérédité psychopathologique, étaient normaux avant l'E.E. Héréditaires ou non, les enfants observés ont présenté le même syndrome mental après l'E.E. L'absence de débilité mentale vraie, la conscience morbide, les troubles de l'émotivité, la conservation de l'affectivité, malgré les impulsions et la libération de certaines tendances instinctives permettront de faire le diagnostic avec la « psychose perverse » à base de déviation des tendances et d'indifférence morale.

6° Le pronostic au sujet des enfants que nous avons pu suivre, doit être très réservé. Ce sont des malades d'asile. La notion de maladie doit précisément intervenir à leur sujet. Nous avons vu s'atténuer des troubles mentaux, déjà anciens, parallèlement au processus morbide prolongé. La persévération du syndrome psychopathologique, malgré la disparition des signes physiques, peut faire redouter la chronicité. Cependant la conservation de l'affectivité, l'absence d'affaiblissement dementiel, certaines améliorations constatées soit partielles, soit globales, sont des facteurs importants qui permettent de ne pas porter un pronostic trop sévère.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
Professeur : A. CLAUDE.

Vu : *Le Recteur de l'Académie*,
APPELL.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Observations	16
Sémiologie	61
I Troubles mentaux	63
II Signes physiques	130
Diagnostic	158
Tableau d'ensemble	
Pronostic. Question médico-légale. Mesures à prendre	207
Conclusions	219

IMPRIMERIE
A. & F. DEBEAUVÉ
35, Rue Tournefort, 35
PARIS (V°)

